



Cáncer de esófago

¿Qué es el cáncer?

El cuerpo está compuesto por millones de millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen para crear nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar a las células desgastadas o a las que están muriendo y para reparar lesiones.

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de unas células anormales.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara la alteración o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN alterado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN alterado que tuvo la primera célula anormal.

Las personas pueden heredar un ADN alterado, pero con más frecuencia las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. Algunas veces, la causa del daño al ADN es algo obvio, como el fumar cigarrillos. No obstante, es frecuente que no se encuentre una causa clara.

Las células cancerosas a menudo se trasladan a otras partes del organismo donde comienzan a crecer y a formar nuevos tumores que remplazan al tejido normal. A este proceso se le conoce como *metástasis*. Ocurre cuando las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de nuestro organismo.

Independientemente del lugar hacia el cual se propague el cáncer, se le da el nombre (y se trata) según el lugar donde se originó. Por ejemplo, el cáncer de seno que se propaga al hígado sigue siendo cáncer de seno, y no cáncer de hígado. Asimismo, el cáncer de próstata que se propagó a los huesos sigue siendo cáncer de próstata y no cáncer de huesos.

Los diferentes tipos de cáncer se pueden comportar de manera muy distinta. Crecen a velocidades distintas y responden a distintos tratamientos. Por esta razón, las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico para el tipo particular de cáncer que les afecta.

No todos los tumores son cancerosos. A los tumores que no son cancerosos se les llama tumores *benignos*. Los tumores benignos pueden causar problemas, ya que pueden crecer mucho y ocasionar presión en los tejidos y órganos sanos. Sin embargo, estos tumores no pueden crecer (invadir) hacia otros tejidos. Debido a que no pueden invadir otros tejidos, tampoco se pueden propagar a otras partes del cuerpo (hacer metástasis). Estos tumores casi nunca ponen en riesgo la vida de una persona.

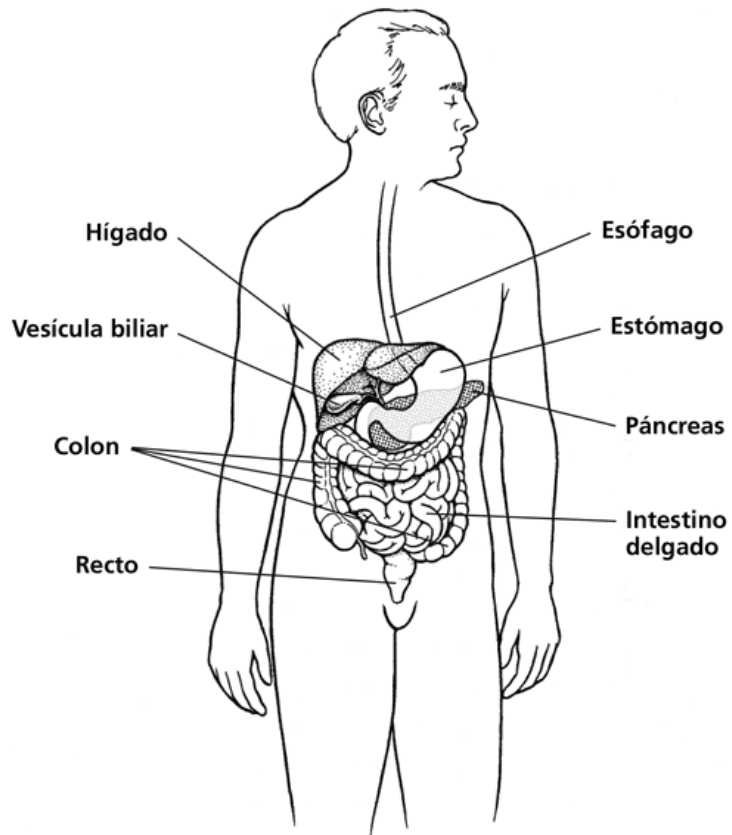
¿Qué es cáncer de esófago?

Para entender el cáncer de esófago, resulta útil conocer sobre la estructura normal y la función del esófago.

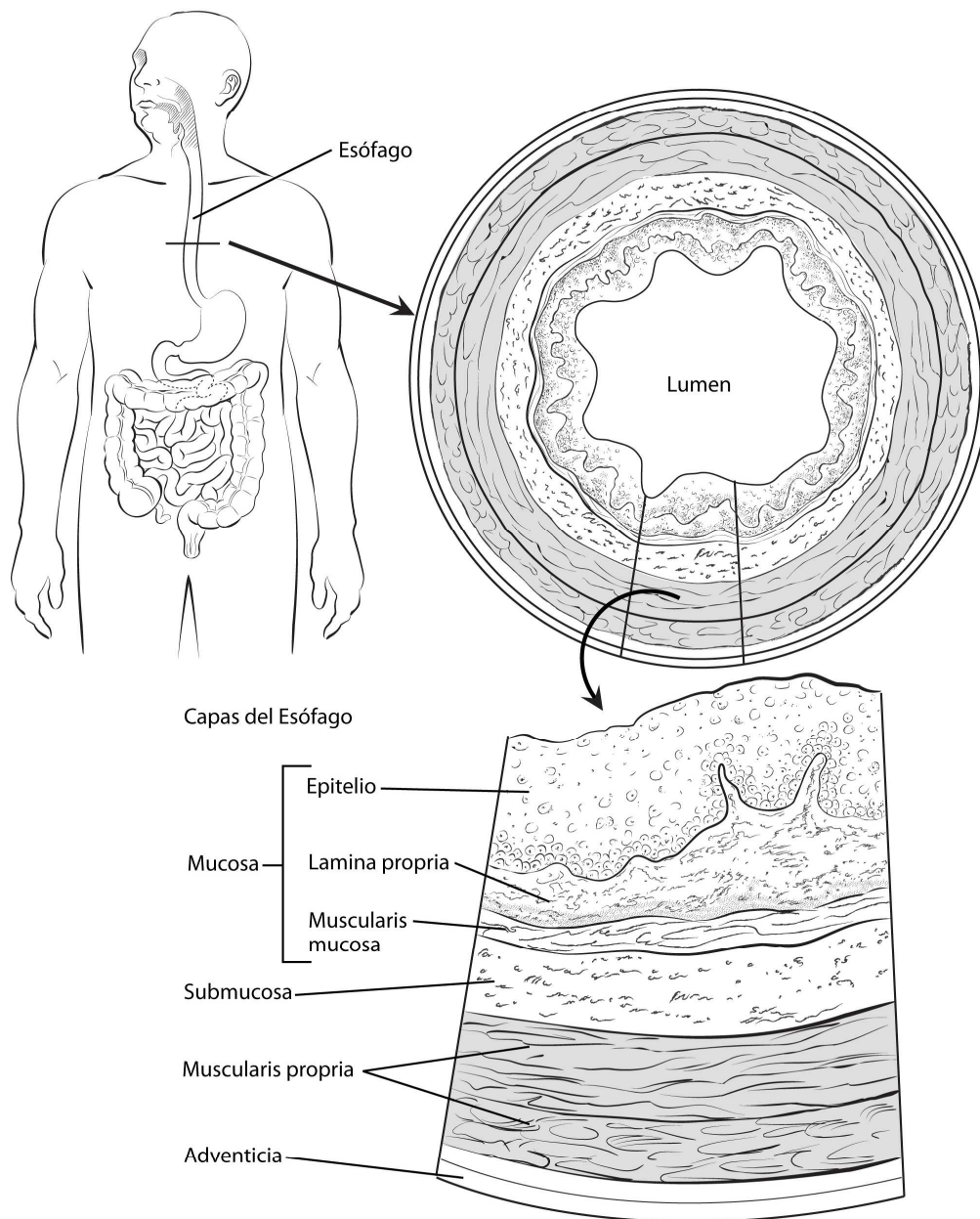
El esófago

El esófago es un tubo muscular hueco que conecta la garganta con el estómago. Se encuentra detrás de la tráquea y frente a la columna vertebral.

Una vez los alimentos y los líquidos son tragados viajan a través del interior del esófago (llamado el *lumen*) para llegar hasta el estómago. En los adultos, el esófago usualmente mide entre 10 y 13 pulgadas de largo y alrededor de 3/4 de pulgada de ancho en su sección más pequeña.



La pared del esófago tiene varias capas. Estas capas son importantes para entender dónde los cánceres en el esófago suelen comenzar y cómo pueden crecer.



Mucosa: esta capa cubre el interior del esófago. La mucosa consta de tres partes:

- El *epitelio* forma el revestimiento más interno del esófago y está normalmente formado por células planas y delgadas llamadas *células escamosas*. En este lugar es donde se origina la mayoría de los cánceres de esófago.
- La *lámina propia* es una capa delgada de tejido conectivo que se encuentra justamente debajo del epitelio.
- La *muscularis mucosa* es una capa muscular muy delgada que se encuentra debajo de la lámina propia.

Submucosa: esta es una capa de tejido conectivo que se encuentra justo debajo de la mucosa que contiene vasos sanguíneos y nervios. En algunas partes del esófago, esta capa también incluye glándulas que segregan mucosidad.

Muscularis propia: una capa gruesa de músculo que se encuentra debajo de la submucosa. Se contrae en forma coordinada y rítmica para forzar la comida a lo largo del esófago, de la garganta al estómago.

Adventicia: esta es la capa más externa del esófago, la cual está formada por tejido conectivo.

La parte superior del esófago tiene al principio un área especial de músculo que se relaja para abrir el esófago cuando detecta la llegada de alimento o líquidos. Este músculo se llama *esfínter esofágico superior*.

La parte baja del esófago que se conecta al estómago se llama *unión gastroesofágica GE*. Un área especial de músculo cercana a la unión GE, llamada *esfínter esofágico inferior* controla el movimiento de la comida del esófago al estómago. Se cierra entre comidas para mantener el ácido gástrico y las enzimas digestivas fuera del esófago.

Displasia esofágica

La displasia es una afección precancerosa en la que las células que revisten el interior del esófago lucen anormales cuando se observan con un microscopio. A veces se presenta en personas con una afección llamada *Barrett's esophagus*, la cual se describió en la sección “¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de esófago?”.

A la displasia se le asigna un grado de acuerdo con qué tan anormales se ven las células en el microscopio. La displasia de bajo grado luce más como las células normales, mientras que la de alto grado es más anormal y se asocia con el mayor riesgo de cáncer.

Cáncer de esófago

El cáncer de esófago (también conocido como *cáncer esofágico*) se origina en la capa más interna (la mucosa) y crece hacia fuera (a través de la submucosa y la capa

muscular). Debido a que dos tipos de células pueden cubrir el esófago, existen dos tipos principales de cáncer de esófago:

Carcinoma de células escamosas

El esófago está normalmente cubierto con células escamosas. Al cáncer que se origina en estas células se le llama *carcinoma de células escamosas*, el cual puede ocurrir en cualquier lugar a lo largo del esófago. En una ocasión, el carcinoma de células escamosas fue el tipo más común de cáncer de esófago en los Estados Unidos. Con el paso del tiempo, esto ha cambiado, y en la actualidad, estos cánceres constituyen menos de la mitad de los cánceres esofágicos en este país.

Adenocarcinoma

Los cánceres que se originan de células glandulares se llaman *adenocarcinomas*. Este tipo de célula no es normalmente parte del revestimiento interno del esófago. Antes de que se pueda desarrollar un adenocarcinoma, las células glandulares tienen que reemplazar un área de las células escamosas, como en el caso del esófago de Barrett. Esto ocurre principalmente en la parte inferior del esófago, donde se origina la mayoría de los adenocarcinomas.

Los adenocarcinomas que se originan en el área donde el esófago se une al estómago (la unión GE, lo que incluye aproximadamente las primeras 2 pulgadas del estómago llamada *cardia*), suelen comportarse como cánceres en el esófago (y también se tratan como cánceres de esófago) de manera que son agrupados como cánceres esofágicos.

Cánceres poco comunes

Otros tipos de cáncer también pueden comenzar en el esófago, incluyendo linfomas, melanomas y sarcomas. Sin embargo, estos cánceres se presentan en pocas ocasiones y no se discuten en detalle en este documento.

¿Cuáles son las estadísticas clave sobre el cáncer de esófago?

Para el año 2015, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son:

- Aproximadamente 16,980 nuevos casos de cáncer de esófago (13,570 hombres y 3,410 mujeres) serán diagnosticados.
- Alrededor de 15,590 personas morirán a causa de cáncer de esófago (12,600 hombres y 2,990 mujeres).

Esta enfermedad es de tres a cuatro veces más común entre los hombres que entre las mujeres. En los Estados Unidos, el riesgo de cáncer de esófago en el transcurso de la vida

es de aproximadamente 1 en 125 en los hombres y alrededor de 1 en 435 en las mujeres. (Consulte la próxima sección para información sobre los factores de riesgo que pueden afectar estos cambios).

En general, las tasas de cáncer de esófago han estado bastante estables por muchos años en los Estados Unidos. En el pasado, era mucho más común entre las personas de raza negra que en las de raza blanca. No obstante, hoy día el número de casos es similar en personas de ambas razas, ya que las tasas han bajado en las personas de raza negra y han aumentado ligeramente en las personas de raza blanca durante las últimas décadas. El carcinoma de las células escamosas es el tipo más común de cáncer de esófago entre las personas de raza negra, mientras que el adenocarcinoma es más común entre los blancos.

El cáncer de esófago representa alrededor de 1% de todos los cánceres diagnosticados en los Estados Unidos, pero es mucho más común en otras partes del mundo, como Irán, norte de China, India y África del sur. El tipo principal de cáncer de esófago en estas áreas es el carcinoma de células escamosas.

Aunque muchas personas con cáncer de esófago morirán a causa de la enfermedad, el tratamiento ha mejorado y las tasas de supervivencia están mejorando. Durante los años '60 y '70, solo alrededor de 5% de los pacientes sobrevivía al menos 5 años después del diagnóstico. Actualmente, alrededor de 20% de los pacientes sobreviven al menos 5 años después del diagnóstico. Esto incluye a los pacientes con todas las etapas de cáncer de esófago. Las tasas de supervivencia para personas con cáncer en etapa inicial son mayores. Para más información sobre supervivencia, lea la sección "Tasas de supervivencia para el cáncer de esófago según la etapa".

¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de esófago?

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como el fumar, pueden cambiarse. Otros, como la edad de la persona o sus antecedentes familiares, no se pueden cambiar.

Los científicos han determinado varios factores de riesgo que afectan su riesgo de cáncer de esófago. Algunos factores tienen más probabilidad de aumentar el riesgo de adenocarcinoma del esófago y otros el riesgo de carcinoma de células escamosas del esófago.

Pero tener uno o incluso varios factores de riesgo no significa que usted padecerá la enfermedad. Muchas personas con uno o más factores de riesgo nunca padecen cáncer de esófago, mientras que otras que ya tienen la enfermedad puede que presenten pocos o ningún factor de riesgo conocidos.

Edad

La probabilidad de padecer cáncer de esófago es baja en personas jóvenes, pero aumenta con la edad. Menos del 15% de los casos se encontraron en personas menores de 55 años.

Incidencia según el sexo

Los hombres son más de tres veces propensos a padecer cáncer de esófago que las mujeres.

Enfermedad de reflujo gastroesofágico

El estómago produce normalmente un ácido fuerte y enzimas que ayudan a digerir los alimentos. En algunas personas, el ácido puede pasar del estómago a la parte más inferior del esófago. El término médico para esta afección es *enfermedad por reflujo gastroesofágico* (GERD) o simplemente *reflujo*. En muchas personas, el reflujo causa síntomas tales como agruras (acidez) o dolor que parece provenir del centro del pecho. Sin embargo, en algunas personas, el reflujo no causa ningún síntoma.

Las personas con GERD tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer adenocarcinoma del esófago. Este riesgo parece ser mayor en personas que tienen síntomas más frecuentes. No obstante, la GERD es muy común, y la mayoría de las personas que la tienen no desarrollan cáncer de esófago. El GERD también puede causar esófago de Barrett, lo que está asociado con un riesgo aún mayor (consulte información más adelante).

Esófago de Barrett

Si el reflujo del ácido estomacal en la parte baja del estómago continúa durante mucho tiempo, puede dañar el revestimiento interno del esófago. Esto causa que las células escamosas que recubren normalmente el esófago sean reemplazadas con células glandulares. Estas células glandulares generalmente se parecen a las células que recubren el estómago y el intestino delgado, y son más resistentes al ácido del estómago. Esta afección es conocida como esófago de Barrett.

Entre más tiempo una persona tenga reflujo, mayores son las probabilidades de que padezca esófago de Barrett. La mayoría de las personas con esófago de Barrett han tenido síntomas de acidez (agruras), aunque muchas no presentan ningún síntoma.

Las células glandulares en el esófago de Barrett pueden convertirse en células más anormales con el transcurso del tiempo. Esto puede causar *displasia*, una afección precancerosa. A la displasia se le asigna un grado de acuerdo con qué tan anormales se ven las células en el microscopio. La displasia de bajo grado luce más como las células

normales, mientras que la de alto grado es más anormal y se asocia con el mayor riesgo de cáncer.

Las personas con esófago de Barrett tienen mucha más probabilidad de padecer adenocarcinoma de esófago que las personas sin esta afección. Aun así, la mayoría de las personas con esófago de Barrett no padecen cáncer de esófago. El riesgo de cáncer es el mayor si ocurre displasia o si otras personas en su familia también padecen o han padecido esófago de Barrett.

El tabaco y las bebidas alcohólicas

El uso de productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, cigarros, pipas y tabaco para mascar, es un factor de riesgo principal para el cáncer de esófago. Mientras más una persona use tabaco y mientras lo use por más tiempo, mayor es el riesgo de cáncer. Una persona que fuma diariamente una cajetilla de cigarrillos o más tiene dos veces la probabilidad de padecer adenocarcinoma de esófago en comparación con una persona que no fuma. La asociación con el cáncer de esófago de células escamosas es aún mayor. El riesgo de cáncer de esófago disminuye si se deja de usar productos de tabaco.

Por otro lado, el consumo de alcohol también aumenta el riesgo de cáncer de esófago. La probabilidad de padecer cáncer de esófago aumenta cuando se consume mucho alcohol. El alcohol afecta más el riesgo del tipo de células escamosas en comparación con el riesgo de adenocarcinoma.

La combinación del hábito de fumar con el consumo de alcohol aumenta mucho más el riesgo de cáncer de esófago que uno sólo de éstos.

Obesidad

Las personas que están sobrepeso u obesas (sobrepeso en exceso) tienen una probabilidad mayor de padecer adenocarcinoma del esófago. Esto se debe en parte al hecho de que las personas que son obesas tienen una mayor probabilidad de padecer reflujo.

Alimentación

Ciertas sustancias en la alimentación podrían aumentar el riesgo de cáncer de esófago. Por ejemplo, ha habido indicaciones, todavía sin comprobar bien, que una alimentación que conlleve el consumo de mucha carne procesada podría aumentar la probabilidad de padecer cáncer de esófago. Esto puede ayudar a explicar la alta tasa de este cáncer en ciertas partes del mundo.

Por otro lado, una alimentación con muchas frutas y verduras se ha relacionado con una reducción en el riesgo de cáncer de esófago. Las razones exactas para esto no están

claras, pero las frutas y las verduras o vegetales proveen un número de vitaminas y minerales que pudieran ayudar a prevenir el cáncer.

Se cree que la ingestión frecuente de líquidos muy calientes puede aumentar el riesgo del tipo de cáncer de esófago de células escamosas. Esto podría ser el resultado del daño a largo plazo que los líquidos causan a las células que recubren el esófago.

El consumir alimentos en exceso, lo que conduce a la obesidad aumenta el riesgo de adenocarcinoma del esófago.

Acalasia

En esta afección, el músculo en el extremo inferior del esófago (esfínter esofágico inferior) no se relaja adecuadamente. Los alimentos y los líquidos que son tragados tienen dificultades para llegar al estómago y tienden a acumularse en el esófago, lo que hace que se dilate con el pasar del tiempo. Las células que revisten el esófago se pueden irritar al estar expuestas a alimentos por un periodo de tiempo más prolongado de lo normal.

Las personas con acalasia tienen un riesgo de cáncer de esófago muchas veces más de lo normal. En promedio, los cánceres se descubren alrededor de 15 a 20 años después del diagnóstico de acalasia.

Tilosis

Esta es una enfermedad hereditaria que se presenta rara vez y que causa un crecimiento excesivo de la capa superior de la piel de las palmas de las manos y de las plantas de los pies. Las personas con esta afección también desarrollan pequeños crecimientos (papilomas) en el esófago y tienen un riesgo muy alto de padecer cáncer de esófago de células escamosas.

Las personas con tilosis necesitan ser observadas minuciosamente para tratar de descubrir temprano el cáncer de esófago. A menudo, esto requiere la supervisión regular con una endoscopia superior (descrito en la sección “¿Cómo se diagnostica el cáncer de esófago?”).

Síndrome Plummer-Vinson

Las personas con este síndrome poco común presentan membranas en la parte superior del esófago, usualmente junto con anemia (bajos recuentos de glóbulos rojos) debido a bajos niveles de hierro, irritación de la lengua (glositis), uñas quebradizas, y algunas veces una glándula tiroidea o un bazo agrandado. Esto también se conoce como *síndrome Paterson-Kelly*.

Una membrana es una capa delgada de tejido que se extiende desde el revestimiento interno del esófago y que causa un área de estrechamiento. La mayoría de las membranas

esofágicas no causa ningún problema, aunque las más grandes pueden causar que los alimentos se atasquen en el esófago, lo que puede causar problemas al tragar.

Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes con este síndrome eventualmente padece cáncer de esófago de células escamosas o cáncer en la parte inferior de la garganta (hipofaringe).

Exposiciones en el lugar de trabajo

La exposición a los gases de sustancias químicas en ciertos lugares de trabajo puede causar un riesgo aumentado de cáncer de esófago. Por ejemplo, la exposición a algunos de los solventes que se usan en las tintorerías, podría ocasionar un mayor riesgo de cáncer de esófago. Algunos estudios han encontrado que los trabajadores de tintorerías podrían tener una mayor tasa de cáncer de esófago, aunque no todos los estudios han encontrado este vínculo.

Lesiones en el esófago

La lejía es una sustancia química que se encuentra en limpiadores industriales y domésticos potentes, como los limpiadores de drenaje. Esta sustancia es un agente corrosivo que puede quemar y destruir células. El beber por equivocación de una botella que contiene un limpiador con lejía puede causar una grave quemadura química en el esófago. Conforme la lesión sana, el tejido cicatricial puede provocar que un área del esófago se vuelva muy estrecha, lo que se llama *constricción*. Las personas con estas constricciones tienen un mayor riesgo de cáncer de esófago de células escamosas, lo que a menudo puede ocurrir muchos años (incluso décadas) después.

Antecedentes de otros cánceres

Las personas que han tenido ciertos cánceres, tal como cáncer de pulmón, boca y garganta también tienen un mayor riesgo de padecer carcinoma de células escamosas del esófago. Puede que este riesgo se deba a que todos estos cánceres pueden ser causados por el hábito de fumar.

Infección con el virus del papiloma humano

El VPH es un grupo de más de 100 virus relacionados. Se les llama virus del papiloma debido a que algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma (o verruga). La infección con ciertos tipos de VPH está asociada con un número de cánceres, incluyendo cáncer de garganta, ano y cuello uterino.

Se han encontrado signos de infección por VPH en hasta un tercio de los cánceres de esófago en pacientes que viven en partes de Asia y África del sur. Sin embargo, en

pacientes que viven en las otras áreas, incluyendo los Estados Unidos, no se han encontrado signos de infección por VPH en cánceres de esófago.

¿Conocemos las causas del cáncer de esófago?

Aún no se sabe exactamente cuáles son las causas de la mayoría de los cánceres de esófago. Sin embargo, hay ciertos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de padecer cáncer de esófago (véase la sección “¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de esófago?”).

Los científicos creen que algunos factores de riesgo, tales como el uso del tabaco o el alcohol, pueden causar cáncer de esófago al dañar el ADN de las células que recubren el interior del esófago. La irritación a largo plazo del revestimiento del esófago, como ocurre con el reflujo, el esófago de Barrett, la acalasia, el síndrome Plummer-Vinson, o la cicatrización por la ingestión de lejía, también pueden causar daño al ADN.

El ADN es el químico de cada una de nuestras células que conforma nuestros *genes* (las instrucciones sobre cómo funcionan nuestras células). Por lo general, nos asemejamos a nuestros padres porque de ellos proviene nuestro ADN. Sin embargo, el ADN no sólo afecta nuestra apariencia. Algunos genes controlan cuándo las células crecen, se dividen en nuevas células y mueren. A los genes que ayudan a las células a crecer, dividirse y a mantenerse vivas se les denominan *oncogenes*. Los genes que desaceleran la división celular o que causan que las células mueran en el momento oportuno se llaman *genes supresores de tumores*. El cáncer puede ser causado por cambios en el ADN que activan a los oncogenes o desactivan a los genes supresores de tumores.

El ADN de las células cancerosas del esófago a menudo muestra cambios en muchos genes diferentes. Sin embargo, no está claro si existen cambios genéticos específicos que se puedan encontrar en todos (o la mayoría) de los cánceres de esófago.

Algunas personas heredan cambios (mutaciones) del ADN de sus padres, lo cual incrementa el riesgo de ciertos cánceres. Sin embargo, el cáncer de esófago no tiende a darse entre las personas de una misma familia, y no se cree que las mutaciones genéticas hereditarias sean una causa principal de esta enfermedad.

¿Puede prevenirse el cáncer de esófago?

No es posible prevenir todos los cánceres de esófago, pero el riesgo de padecer esta enfermedad se puede reducir significativamente al evitar ciertos factores de riesgo.

Evitar el consumo de tabaco y alcohol

En Estados Unidos, los factores de riesgo asociados con el estilo de vida más importantes para el cáncer de esófago son el consumo de tabaco y de alcohol. Cada uno de estos factores por sí solos aumentan el riesgo de cáncer de esófago por muchas veces, y el riesgo es aún mayor si estos factores están combinados. Evitar el consumo de tabaco y alcohol es una de las mejores maneras de limitar su riesgo de cáncer de esófago. Si usted o alguien que conoce desea dejar el tabaco o aprender más sobre este tema, llámanos al 1-800-227-2345 o visite nuestra página en Internet www.cancer.org.

Alimentación y peso corporal

También es importante consumir alimentos sanos y mantener un peso saludable. Una dieta con un alto consumo de frutas y verduras pudiera ayudar a proteger contra el cáncer de esófago. La obesidad se ha asociado con el cáncer de esófago, particularmente con el tipo de adenocarcinoma. Por lo tanto, la conservación de un peso saludable también pudiera ayudar a limitar el riesgo de padecer esta enfermedad. Para aprender más sobre este tema, lea el documento titulado [Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer sobre nutrición y actividad física para la prevención del cáncer](#).

Tratamiento del reflujo o esófago de Barrett

El tratamiento del reflujo puede ayudar a prevenir el esófago de Barrett y el cáncer de esófago. A menudo, el reflujo se trata con medicamentos llamados inhibidores de la bomba de protones (PPIs), tal como omeprazol (Prilosec[®]), lansoprazol (Prevacid[®]), o esomeprazol (Nexium[®]). La cirugía también podría ser una opción para tratar el reflujo.

A las personas que tienen un mayor riesgo de cáncer de esófago, como aquellas con esófago de Barrett, a menudo sus médicos les dan un seguimiento minucioso para determinar si hay signos de que las células que recubren el esófago se han vuelto más anormales (lea la sección “¿Se puede descubrir el cáncer de esófago en sus etapas tempranas?”). Si se descubre displasia (una afección precancerosa), el médico puede recomendar tratamientos para prevenir que el progreso del cáncer de esófago.

Para las personas que tienen esófago de Barrett, el tratamiento con una alta dosis de PPI puede reducir el riesgo de desarrollar cambios celulares (displasia) que pueden convertirse en cáncer. Consulte con su médico, si padece acidez estomacal crónica (o reflujo), ya que el tratamiento a menudo puede aliviar los síntomas y podría prevenir problemas futuros.

Algunos estudios han encontrado que el riesgo de cáncer de esófago es menor en aquellas personas con esófago de Barrett que toman aspirina u otros antiinflamatorios no esteroides (NSAID, *nonsteroidal anti-inflammatory drugs*), como el ibuprofeno. Sin embargo, tomar a diario estos medicamentos puede causar problemas, tal como daño

renal y sangrado en el estómago. Por este motivo, la mayoría de los médicos no recomienda que las personas tomen NSAID para tratar de prevenir el cáncer. Si está considerando tomar un NSAID regularmente, usted primero debe consultar con su médico para conocer los riesgos y los beneficios potenciales.

Algunos estudios también han encontrado un menor riesgo de cáncer de esófago en personas con esófago de Barrett que toman medicamentos llamados estatinas, los cuales se usan para tratar el alto nivel de colesterol. El atorvastatin (Lipitor[®]) y el rosuvastatin (Crestor[®]) son ejemplos de estos medicamentos. Aunque tomar uno de estos medicamentos podría ayudar a algunos pacientes a reducir el riesgo de cáncer de esófago, los médicos no recomiendan tomarlos solo para prevenir el cáncer, ya que pueden causar efectos secundarios graves.

¿Se puede descubrir el cáncer de esófago en sus etapas tempranas?

A las pruebas que se realizan para la búsqueda de una enfermedad en alguien que no tiene síntomas se les llaman *pruebas de detección*. El objetivo de las pruebas es encontrar una enfermedad, como el cáncer, en una etapa inicial y más curable, para ayudar a las personas a vivir más saludablemente por más tiempo.

Actualmente, ninguna organización profesional en los Estados Unidos recomienda realizar pruebas de detección para el cáncer de esófago en el público general. Esto se debe a que ninguna prueba de detección ha demostrado reducir el riesgo de morir a causa del cáncer de esófago en las personas que tienen un riesgo promedio.

Sin embargo, a las personas que tienen un alto riesgo de cáncer de esófago, como aquellas con esófago de Barrett, a menudo se les brinda un seguimiento minucioso para identificar cánceres en etapa temprana y precánceres.

Pruebas para personas en alto riesgo

Muchos expertos recomiendan que las personas con un alto riesgo de cáncer de esófago, como lo son aquellas con esófago de Barrett, se hagan regularmente una endoscopia superior. Para esta prueba, el médico observa el interior del esófago a través de un tubo flexible e iluminado llamado *endoscopio* (lea la sección “¿Cómo se diagnostica el cáncer de esófago?”). Puede que el médico obtenga pequeñas muestras de tejido (biopsias) del área de Barrett para que puedan ser examinadas y así determinar si contienen cualquier displasia (células precancerosas) o células cancerosas.

Los médicos no saben con certeza la frecuencia con la que se debe repetir la prueba, aunque la mayoría recomienda que se haga con más frecuencia si se encuentran áreas de displasia. Esta prueba se repite incluso con más frecuencia si hay una displasia de alto grado (las células aparecen muy anormales).

Si el área de esófago de Barrett es grande, existe displasia de alto grado, o ambos, se podría recomendar el tratamiento del área anormal debido al alto riesgo de que un adenocarcinoma ya esté presente (pero no fue encontrado) o que se origine dentro de pocos años. Las otras opciones de tratamiento para la displasia de alto grado podrían incluir cirugía para extraer parte del esófago con el área anormal, resección mucosal endoscópica, terapia fotodinámica y ablación por radiofrecuencia. Estas últimas tres opciones se discuten en la sección “Tratamientos endoscópicos para cáncer de esófago” de este documento. El pronóstico para estos pacientes es relativamente favorable después del tratamiento.

La observación minuciosa y el tratamiento (de ser necesario) pudieran ayudar a prevenir que se originen algunos cánceres de esófago. También pudiera detectar temprano algunos cánceres, cuando hay más probabilidades de que el tratamiento sea exitoso.

Señales y síntomas del cáncer de esófago

Por lo general, los cánceres de esófago se descubren debido a los síntomas que causan. El diagnóstico en personas que no presentan síntomas ocurre raras veces y generalmente es accidental (debido a pruebas que se hacen para otros problemas médicos).

Desafortunadamente, la mayoría de los cánceres de esófago no causa síntomas sino hasta que han alcanzado una etapa avanzada, cuando son más difíciles de tratar.

Problemas de deglución (tragar alimento)

El síntoma más común de cáncer de esófago es dificultad al tragar con la sensación de que los alimentos se atascan en la garganta o el pecho, o incluso atragantarse con los alimentos. El término médico para la dificultad al tragar es *disfagia*. A menudo, este problema es leve cuando se presenta, pero empeora con el transcurso del tiempo a medida que la abertura dentro del esófago se torna más estrecha.

Cuando se dificulta tragar, frecuentemente las personas cambian su dieta y sus hábitos de alimentación sin darse cuenta. Comen bocados más pequeños y mastican su comida más cuidadosa y lentamente. Conforme el cáncer aumenta de tamaño, el problema puede empeorarse. Entonces, las personas pueden comenzar a comer alimentos más blandos que pueden pasar más fácilmente por el esófago. Puede que eviten el pan y la carne, ya que estos alimentos por lo general se atascan en la garganta. La dificultad al tragar puede incluso empeorar tanto que algunas personas dejan de comer alimentos sólidos y cambian a una dieta líquida. Si el cáncer sigue creciendo, eventualmente podría incluso dificultar el paso de los líquidos por el esófago.

Para ayudar a que los alimentos pasen por el esófago, el cuerpo produce más saliva. Esto causa que algunas personas se quejen de producir mucha mucosidad o saliva espesa.

Dolor en el pecho

Algunas veces, las personas se quejan de dolor o malestar en la parte media del pecho. Algunas personas lo describen como una sensación de presión o ardor en el pecho. Estos síntomas son causados con más frecuencia por otros problemas distintos al cáncer, tal como acidez (agruras), y por lo tanto rara vez son vistos como un signo de que una persona tiene cáncer.

Puede presentarse dolor al tragar si el cáncer es lo suficientemente grande como para limitar el paso de alimentos a través del esófago. El dolor se puede sentir algunos segundos después de tragar, conforme el alimento o el líquido alcanza el tumor y se tiene dificultad para pasarlo por el esófago.

Pérdida de peso

Alrededor de la mitad de las personas con cáncer de esófago presenta una pérdida de peso que no es intencional. Esto ocurre debido a que los problemas al tragar impiden que el paciente se alimente lo suficiente como para mantener su peso. Otros factores incluyen una disminución del apetito y un aumento en el metabolismo debido al cáncer.

Otros síntomas

Otros posibles síntomas de cáncer de esófago pueden incluir:

- Ronquera
- Tos crónica
- Vómito
- Hipo
- Pulmonía
- Dolor en los huesos
- Sangrado en el esófago. Esta sangre entonces pasa a través del tracto digestivo, lo que puede causar que la excreta se torne negra. Con el tiempo, esta pérdida de sangre puede causar anemia (bajos niveles de glóbulos rojos), lo que puede causar que una persona se sienta cansada.

Tener uno o más de los síntomas que se presentaron anteriormente no significa que usted tiene cáncer de esófago. De hecho, es más probable que muchos de estos síntomas sean causados por otras afecciones. No obstante, si tiene cualquiera de estos síntomas, especialmente dificultad al tragar, es importante que un médico le examine para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de esófago?

Por lo general, los cánceres de esófago son encontrados cuando una persona presenta signos o síntomas. Si se sospecha cáncer de esófago, será necesario realizar estudios y pruebas para confirmar el diagnóstico. Si se descubre cáncer, se realizarán pruebas adicionales para ayudar a determinar la extensión (etapa o estadio) del cáncer.

Antecedentes médicos y examen físico

Si usted presenta síntomas que podrían ser causados por cáncer de esófago, el médico hará preguntas sobre su historial médico para analizar los posibles factores de riesgo y saber más sobre los síntomas.

Su médico también le hará un examen para detectar posibles signos de cáncer de esófago y otros problemas médicos. El médico prestará probablemente atención especial a su cuello y áreas del pecho.

Si los resultados del examen son anormales, su médico probablemente ordenará pruebas para ayudar a encontrar el problema. También es posible que le pidan que consulte con un gastroenterólogo (un médico especializado en enfermedades del sistema digestivo) para realizar más pruebas y tratamiento.

Estudios por imágenes

Los estudios por imágenes utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o sustancias radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Los estudios por imágenes se pueden hacer por un número de razones tanto antes como después del diagnóstico de cáncer de esófago. Estas razones incluyen:

- Ayudar a encontrar un área sospechosa que podría ser cáncer.
- Saber si el cáncer se ha propagado, y de ser así, cuán lejos.
- Ayudar a determinar si el tratamiento ha sido eficaz.
- Detectar posibles signos del cáncer que regresa después del tratamiento.

Estudio con ingesta de bario

En esta prueba, el paciente traga un líquido espeso y calizo llamado *bario* que cubre las paredes del esófago. Entonces se toman radiografías del esófago, el cual queda delineado claramente por el bario. Esta prueba se puede hacer por sí sola, o como parte de una serie de radiografías que incluyen el estómago y parte del intestino, llamada *serie gastrointestinal superior*. Una prueba de ingesta de bario puede mostrar cualquier área anormal en la superficie normalmente uniforme del revestimiento interno del esófago.

A menudo, esta es la primera prueba que se hace para saber qué está causando un problema al tragar. Con esta prueba, a menudo se pueden incluso ver cánceres en etapas iniciales. Los cánceres en etapas iniciales pueden aparecer como pequeñas masas redondas o áreas planas elevadas (llamada *placas*), *mientras que los cánceres avanzados* aparecen como grandes áreas irregulares y causan el estrechamiento de la anchura del esófago.

Por otro lado, la prueba de ingesta de bario también se puede usar para diagnosticar una de las complicaciones más graves del cáncer de esófago llamada *fístula traqueo esofágica*. Esto ocurre cuando el tumor destruye el tejido que se encuentra entre el esófago y la tráquea, y crea un hueco que los conecta. Cualquier cosa que se trague puede entonces pasar del esófago a la tráquea y a los pulmones. Esto puede ocasionar tos frecuente, dificultad para respirar o incluso pulmonía. Este problema se puede aliviar con cirugía o un procedimiento de endoscopia.

Una ingesta de bario sólo muestra la forma del revestimiento interno del esófago. Por lo tanto, no se puede utilizar para determinar cuán lejos un cáncer se ha propagado fuera del esófago.

Tomografía computarizada

La tomografía computarizada (*computed tomography*, CT) usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. Por lo general, las tomografías computarizadas no se usan para diagnosticar cáncer de esófago, aunque pueden ayudar a mostrar la localización del cáncer en el esófago y si se ha propagado a los órganos y los ganglios linfáticos cercanos (grupos en forma de fríjol de células del sistema inmunológico a donde los cánceres a menudo se propagan primero) o a partes distantes del cuerpo. Esta prueba puede ayudar a determinar si la cirugía es una buena opción de tratamiento.

El tomógrafo que se utiliza para este estudio consiste en un anillo grande similar a una rosca (dona) grande, con una camilla estrecha que se desliza hacia adentro y afuera de la abertura central. Usted tendrá que acostarse inmóvil sobre la camilla mientras se realiza el examen. Las tomografías computarizadas toman más tiempo que las radiografías convencionales, y usted podría sentirse un poco confinado por el anillo mientras se toman las fotografías. En lugar de tomar una sola imagen, como se hace en una radiografía convencional, una tomografía computarizada toma muchas imágenes mientras gira a su alrededor. Luego, una computadora combina estas imágenes en una imagen de una sección de su cuerpo.

Antes de realizar el estudio, se le podrá solicitar que beba aproximadamente entre 1 y 2 pintas (entre medio y un litro) de un líquido llamado *contraste oral*. Esto ayuda a delinear el esófago y los intestinos para evitar que ciertas áreas sean confundidas con tumores. Si está presentando problemas al tragar, usted debe informar a su médico antes de la CT. También es posible que le apliquen una línea intravenosa mediante la cual se le inyecte

una clase diferente de tinte de contraste (contraste IV) Esto ayuda a delinear mejor las estructuras en su cuerpo.

La inyección del tinte de contraste puede causar algo de rubor (enrojecimiento y sensación de calor, especialmente en la cara). Algunas personas son alérgicas al colorante y desarrollan urticaria. Rara vez, pueden presentarse reacciones más graves, como problemas para respirar y baja presión arterial. Asegúrese de decirle a su médico si es alérgico a algo o si ha tenido alguna vez una reacción a cualquier material de contraste utilizado para rayos X. Se le pueden administrar medicamentos para ayudar a prevenir y tratar las reacciones alérgicas.

Biopsia con aguja guiada por CT: las tomografías computarizadas pueden también ser usadas para guiar con precisión la aguja de una biopsia hacia un área donde se sospecha propagación del cáncer. Para este procedimiento, usted permanece en la camilla de la CT, mientras un médico mueve una aguja de biopsia a través de la piel y hacia el tumor. Las tomografías computarizadas se repiten hasta que la aguja esté dentro de la masa. Entonces, se extrae una muestra mediante una biopsia con aguja para observarla con un microscopio.

Imágenes por resonancia magnética

Al igual que la tomografía computarizada (CT), las imágenes por resonancia magnética (*magnetic resonance imaging*, MRI) proveen imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, la MRI utiliza ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. Se absorbe la energía de las ondas radiales y luego se libera en un patrón formado por el tipo de tejido corporal y por ciertas enfermedades. Una computadora traduce el patrón de las ondas de radio generado por los tejidos en una imagen muy detallada de las partes del cuerpo. Es posible que se inyecte un material de contraste en una vena. Este contraste es diferente al usado para la CT. Por lo tanto, ser alérgico a un contraste no significa que usted es alérgico al otro tipo.

Las imágenes por resonancia magnética son muy útiles para examinar el cerebro y la médula espinal, pero a menudo no se necesitan para evaluar la propagación del cáncer de esófago.

Las MRI toman más tiempo que las CT (a veces hasta una hora más) y son un poco más incómodas. Usted se acuesta en una camilla que se desliza dentro de un tubo angosto que podría ser confinante y puede causar molestias a las personas que temen a los lugares cerrados. Algunas veces, las máquinas especiales y más abiertas de MRI pueden ayudar a las personas que enfrentan este temor, si es necesario. Sin embargo, puede que en algunos casos las imágenes no sean tan nítidas. Las máquinas de MRI producen un zumbido y ruidos de chasquido que puede resultar incómodo. En algunos centros se ofrecen tapones para los oídos con el fin de bloquear este ruido.

Tomografía por emisión de positrones

Para la tomografía por emisión de positrones (*positron emission tomography*, PET) se inyecta una forma de azúcar radiactiva (conocida como *fluordesoxiglucosa* o *FDG*) en la sangre. La cantidad de radiactividad que se emplea es muy poca y el cuerpo la eliminará más o menos el día siguiente. Las células cancerosas crecen aceleradamente en el cuerpo, por lo que absorben grandes cantidades del azúcar radiactivo. Después de aproximadamente una hora, usted será colocado en la camilla de la máquina de la PET. Usted permanecerá acostado por aproximadamente 30 minutos mientras una cámara especial crea una fotografía de las áreas de radiactividad en el cuerpo. La imagen no es muy detallada, como en la CT o MRI, pero provee información útil sobre todo su cuerpo.

Este tipo de estudio se puede utilizar para identificar posibles áreas de propagación del cáncer si no se detecta nada en otros estudios por imágenes.

Algunas máquinas especiales pueden hacer una PET y una CT al mismo tiempo (PET/CT scan). Esto permite al médico comparar las áreas de mayor radiactividad en la PET con la apariencia más detallada de esa área en la CT.

Endoscopia

Un endoscopio es un tubo flexible y estrecho con una cámara de vídeo diminuta y una luz en el extremo que se usa para observar el interior del cuerpo. Los estudios que usan endoscopios pueden ayudar a diagnosticar el cáncer de esófago o a determinar la extensión de su propagación.

Endoscopia superior

La endoscopia superior es un estudio importante en el diagnóstico de cáncer de esófago. Durante una endoscopia superior, se le administra un sedante (para ponerlo a dormir) y luego el médico pasa el endoscopio a través de la garganta hasta llegar al esófago y al estómago. La cámara se conecta a un monitor, lo que permite que el médico observe claramente cualquier área anormal en la pared del esófago.

El cirujano puede usar instrumentos especiales a través del endoscopio para extraer (biopsia) muestras de cualquier área anormal. Estas muestras se envían al laboratorio para que el médico pueda observarlas con un microscopio para determinar si contienen cáncer.

Si el cáncer está bloqueando la abertura (*lumen*) del esófago, se pueden usar ciertos instrumentos para ayudar a agrandar la abertura y permitir que pase alimento y líquido.

La endoscopia superior puede proporcionar al médico información importante sobre el tamaño y la propagación del tumor, lo que se puede usar para ayudar a determinar si el tumor se puede extirpar mediante cirugía.

Ecografía endoscópica

Por lo general, este estudio se hace al mismo tiempo que una endoscopia superior, aunque en realidad, este es un tipo de estudio por imágenes. Las pruebas de ecografía usan ondas sonoras para tomar imágenes de partes del cuerpo.

Para una ecografía endoscópica, una sonda que emite ondas sonoras se encuentra en el extremo de un endoscopio, la cual se pasa por la garganta hasta llegar al esófago. Esto permite que la sonda llegue muy cerca de los tumores en el esófago o cerca del mismo.

La sonda emite ondas sonoras y los ecos son captados por la sonda. Una computadora convierte el patrón de ecos en una imagen en blanco y negro que muestra cuán profundamente el tumor ha crecido hacia el esófago. Puede encontrar muy bien pequeños cambios anormales.

Este estudio es muy útil para determinar el tamaño de un cáncer de esófago y cuán lejos ha crecido hacia áreas cercanas. También puede ayudar a mostrar si los ganglios linfáticos adyacentes podrían estar afectados por el cáncer. Si en la ecografía se observan ganglios linfáticos agrandados en el pecho, el médico puede pasar una aguja hueca y fina a través del endoscopio para obtener muestras de biopsia. Esto ayuda al médico a decidir si el tumor se puede extirpar mediante cirugía.

Broncoscopia

Este estudio se puede realizar para un cáncer que se encuentra en la parte superior del esófago con el fin de ver si se ha propagado a la tráquea o a los conductos que conducen desde la tráquea hasta los pulmones (bronquios).

Para la broncoscopia, un tubo de fibra óptica, flexible y que tiene una fuente de luz (broncoscopio) se hace llegar a través de su boca o nariz hasta la tráquea y los bronquios. Primero se rosea la boca y la garganta con un medicamento que adormece el área. También es posible que le administren medicamentos por vía intravenosa para que se sienta relajado.

Si se observan áreas anormales, se pueden pasar pequeños instrumentos por el broncoscopio para tomar muestras y realizar una biopsia.

Toracoscopia y laparoscopia

Estos exámenes permiten que el médico vea los ganglios linfáticos y otros órganos cercanos al esófago en el interior del pecho (mediante toracoscopia) o del abdomen (laparoscopia) a través de un tubo hueco iluminado.

Estos procedimientos se realizan en el quirófano (sala de operaciones) mientras usted está bajo anestesia general (dormido profundamente). Se hace un pequeño corte (incisión) en el lado de la pared torácica (para toracoscopia) o el abdomen (para laparoscopia).

Algunas veces se hace más de un corte. El médico entonces inserta un tubo delgado que tiene una fuente de luz y una pequeña cámara de vídeo en el extremo a través de la incisión para observar el espacio que rodea el esófago. El cirujano puede pasar instrumentos delgados en el espacio para tomar muestras de los ganglios linfáticos y hacer una biopsia para saber si el cáncer se propagó. Con frecuencia esta información es importante para decidir si una persona probablemente se beneficiará de la cirugía.

Pruebas de laboratorio de la biopsia

Puede que un área vista en la endoscopia o en un estudio por imágenes parezca como que es cáncer, pero la única forma de saber con certeza es mediante una biopsia. Para una biopsia, el médico extrae pequeños fragmentos de tejido de un área anormal. Con más frecuencia, esto se hace durante un examen de endoscopia.

Luego, un médico llamado *patólogo* observa el tejido con un microscopio para ver si contiene células cancerosas. Si hay cáncer, el patólogo determinará el tipo (adenocarcinoma o célula escamosa) y el grado del cáncer (cuán anormales lucen los patrones de las células en un microscopio). Para detalles sobre el grado del cáncer, consulte la próxima sección “¿Cómo se clasifica por etapas el cáncer de esófago?”. Puede que tome varios días obtener los resultados de una biopsia.

Pruebas de HER2: si se encuentra cáncer de esófago, pero está demasiado avanzado como para realizar una cirugía, es posible que se realicen pruebas del gen o proteína HER2 en las muestras que se obtuvieron para la biopsia. Algunas personas con cáncer de esófago tienen demasiada proteína HER2 en la superficie de sus células cancerosas, lo que ayuda a las células a crecer. Un medicamento que ataca la proteína HER2, conocido como trastuzumab (Herceptin[®]), puede ayudar a tratar estos cánceres cuando se usa junto con la quimioterapia. Sólo los cánceres que tienen demasiada cantidad de gen o proteína HER2 suelen ser afectados por este medicamento, razón por la cual los médicos pueden hacer pruebas de esta proteína a las muestras del tumor (Lea la sección “Terapia dirigida para el cáncer de esófago” para más información sobre este tratamiento).

Otras pruebas

Para identificar signos del cáncer de esófago, un médico puede ordenar un análisis de sangre llamado recuento sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés) para saber si el paciente presenta anemia (recuentos bajos de glóbulos rojos que podría ser causada por el sangrado interno). Puede que se examine una muestra de materia fecal para ver si contiene sangre (oculta).

Si se encuentra cáncer de esófago, el médico puede ordenar otras pruebas, especialmente si la cirugía puede ser una opción. Por ejemplo, los análisis de sangre pueden hacerse para asegurar que su hígado y sus riñones estén funcionando normalmente. También se pueden realizar pruebas para verificar su función pulmonar, ya que algunas personas

podieran presentar problemas pulmonares (tal como pulmonía) después de la cirugía. Si se planea hacer una cirugía o usted va a recibir medicinas que podrían afectar su corazón, es posible que a usted también se hagan un electrocardiograma (EKG) y un ecocardiograma (ecografía del corazón) para asegurarse de que su corazón funciona bien.

¿Cómo se clasifica por etapas el cáncer de esófago?

La etapa o estadio del cáncer de esófago es una manera estándar que los médicos utilizan para resumir cuán lejos se ha propagado el cáncer. El tratamiento y el pronóstico de las personas con cáncer de esófago dependen, en gran medida, de la etapa en que se encuentre el cáncer. La clasificación por etapas del cáncer de esófago puede causar confusión. Por lo tanto, pida a su equipo de atención del cáncer que le explique la etapa de su cáncer en una manera que entienda. Esto puede ayudarle a tomar decisiones basadas en información sobre su tratamiento.

El cáncer de esófago es clasificado según los resultados de los exámenes, los estudios por imágenes, las endoscopias y las biopsias, los cuales se describen en la sección “¿Cómo se diagnostica el cáncer de esófago?”.

Sistema TNM de clasificación por etapas

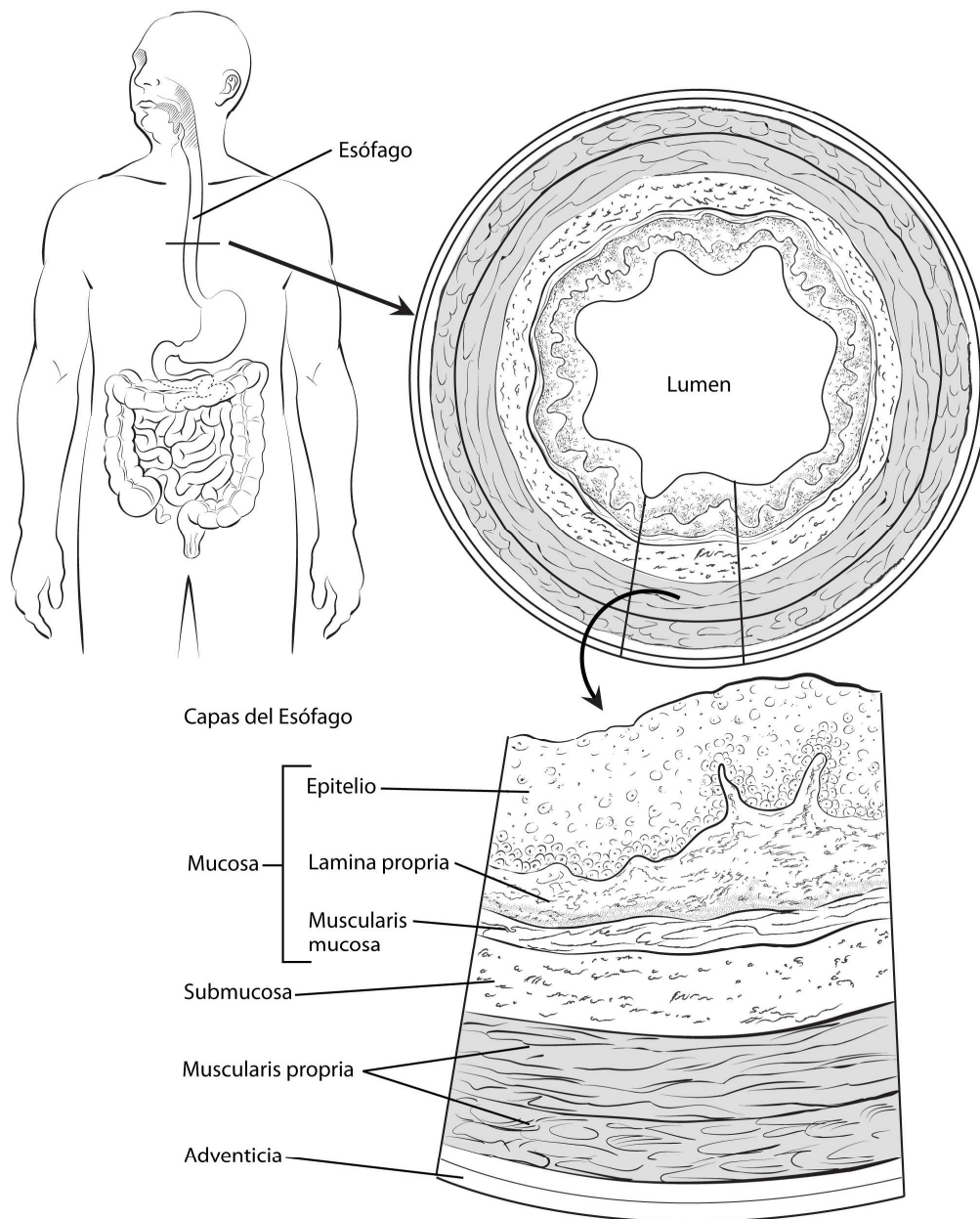
El sistema que más comúnmente se usa para clasificar el cáncer de esófago es el *sistema TNM* del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*. El sistema TNM se basa en varias piezas clave de información:

- La letra **T** se refiere a cuán lejos ha crecido el tumor hacia el interior de la pared del esófago y hacia los órganos cercanos.
- Por otro lado, la **N** se refiere a la propagación del cáncer a los ganglios linfáticos (**nódulos**) cercanos.
- La letra **M** indica si el cáncer ha hecho **metástasis** (propagación a órganos distantes).
- La **G** describe el **grado** del cáncer, el cual se basa en cómo lucen los patrones de las células cancerosas bajo un microscopio.

La clasificación también toma en cuenta el tipo celular del cáncer (carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma). Para el cáncer de células escamosas, la localización del tumor también puede ser un factor en su clasificación.

Categorías T

Esto describe cuán profundo el cáncer ha crecido hacia el interior de la pared del esófago y hacia las estructuras cercanas. La mayoría de los cánceres de esófago se originan en el revestimiento más interno del esófago (el epitelio) y luego crecen hacia las capas más profundas con el pasar del tiempo (vea la sección “¿Qué es el cáncer de esófago?” para una descripción de las capas de la pared del esófago).



TX: no se puede evaluar el tumor primario.

T0: no existe evidencia de tumor primario.

Tis: el cáncer se encuentra solamente en el epitelio (la capa superior de células que recubre el interior del esófago). No ha comenzado a crecer hacia las capas más profundas. Esta etapa también se conoce como *displasia de alto grado*. Anteriormente se le refería como *carcinoma in situ*.

T1: el cáncer está creciendo hacia el tejido debajo del epitelio, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa.

- **T1a:** el cáncer está creciendo hacia la lámina propia o la mucosa muscularis.

- **T1b:** el cáncer ha crecido a través de otras capas y hacia la submucosa.

T2: el cáncer está creciendo hacia la capa muscular gruesa (muscularis propia).

T3: el cáncer está creciendo hacia la capa exterior del esófago (la adventicia).

T4: el cáncer está creciendo hacia las estructuras cercanas.

- **T4a:** el cáncer está creciendo hacia la pleura (la capa fina de tejido que recubre los pulmones), el pericardio (el saco delgado que rodea el corazón), o el diafragma (una capa fina de músculo que se encuentra debajo de los pulmones y que separa el tórax del abdomen). El cáncer puede ser extraído con cirugía.

- **T4b:** el cáncer no puede extraerse con cirugía porque ha crecido hacia la tráquea, la aorta (vaso sanguíneo grande proveniente del corazón), la columna vertebral o hacia otras estructuras vitales.

Categorías N

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos adyacentes.

N0: el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

N1: el cáncer se ha propagado a uno o dos ganglios linfáticos cercanos.

N2: el cáncer se ha propagado a 3 o 6 ganglios linfáticos cercanos.

N3: el cáncer se ha propagado a 7 o más ganglios linfáticos cercanos.

Categorías M

M0: el cáncer no se ha propagado (no ha hecho metástasis) a otros órganos o ganglios linfáticos distantes.

M1: el cáncer se propagó a ganglios linfáticos distantes y/o a otros órganos. (Los lugares comunes de propagación incluyen el hígado y los pulmones).

Grado

El grado de un cáncer se determina en función de qué tan normal (o diferente) lucen las células con un microscopio. Entre mayor sea el número, más anormal es su aspecto. Los tumores con un grado mayor tienden a crecer y a propagarse más rápidamente que los tumores con un grado menor.

GX: el grado no puede determinarse (en la agrupación por etapas se tratará como G1).

G1: las células están bien diferenciadas.

G2: las células están moderadamente diferenciadas.

G3: las células están pobremente diferenciadas.

G4: las células no pueden ser diferenciadas (estas células lucen tan anormales que los médicos no pueden determinar si se trata de un adenocarcinoma o de un carcinoma de células escamosas). Para la agrupación en etapas (lea información más adelante), los cánceres G4 son agrupados junto con los cánceres G3 de células escamosas.

Localización

Alguna parte de la clasificación de la etapa para los carcinomas de células escamosas en etapa inicial también toma en cuenta el punto en el esófago en el que se encuentra el tumor. La localización se designa ya sea como *superior*, *media* o *inferior* en función del lugar en el que se encuentre el borde superior del tumor.

Agrupación en etapas

Una vez que se han asignado las categorías T, N, M y G, se combina esta información en una etapa general de 0, I, II, III o IV. Este proceso se conoce como *agrupación por etapas*. Algunas etapas se subdividen en A, B o C. Las etapas identifican los cánceres que tienen un pronóstico similar. Los pacientes con etapas de números más pequeños tienden a tener mejor pronóstico.

La agrupación por etapas es distinta entre los adenocarcinomas y los carcinomas de células escamosas. Los cánceres que presentan características tanto de células escamosas como de adenocarcinoma se clasifican como carcinomas de células escamosas.

Etapas del carcinoma de células escamosas

Etapas 0: Tis, N0, M0, GX o G1; cualquier localización: esta etapa es la más temprana del cáncer de esófago. También se conoce como *displasia de alto grado*. Las células cancerosas sólo se encuentran en el epitelio (la capa de células que recubre el esófago). El cáncer no ha crecido hacia el tejido conectivo debajo de estas células (Tis). El cáncer no

se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a otros órganos (M0). El tumor está bien diferenciado (G1) o la información del grado no está disponible (GX) y puede encontrarse en cualquier parte del esófago.

Etapa IA: T1, N0, M0, GX o G1; cualquier localización: el cáncer está creciendo desde el epitelio hacia las capas que se encuentran debajo, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa, pero no ha crecido con más profundidad (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). El tumor está bien diferenciado (G1) o la información sobre el grado no está disponible (GX). Puede encontrarse en cualquier parte del esófago.

Etapa IB: cualquiera de los siguientes:

T1, N0, M0, G2 o G3; cualquier localización: el cáncer está creciendo desde el epitelio hacia las capas que se encuentran debajo, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa, pero no ha crecido con más profundidad (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). El tumor está diferenciado moderada (G2) o pobremente (G3). Se puede encontrar en cualquier parte del esófago.

T2 o T3, N0, M0, GX o G1; localización inferior: el cáncer ha crecido hacia la capa muscular llamada la *muscularis propia* (T2). Puede que también haya crecido a través de la capa muscular hacia la adventicia, el tejido conectivo que cubre el exterior del esófago (T3). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a sitios distantes (M0). Está bien diferenciado (G1) o la información sobre el grado no está disponible (GX). Su punto más alto se encuentra en la parte inferior del esófago.

Etapa IIA: cualquiera de los siguientes:

T2 o T3, N0, M0, GX o G1; localización superior o media: el cáncer ha crecido hacia la capa muscular llamada la *muscularis propia* (T2). Puede que también haya crecido a través de la capa muscular hacia la adventicia, el tejido conectivo que cubre el exterior del esófago (T3). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a sitios distantes (M0). El cáncer se encuentra en la parte superior o media del esófago y está bien diferenciado (G1) o la información sobre el grado no está disponible (GX).

T2 o T3, N0, M0, G2 o G3; localización inferior: el cáncer ha crecido hacia la capa muscular llamada la *muscularis propia* (T2). Puede que también haya crecido a través de la capa muscular hacia la adventicia, el tejido conectivo que cubre el exterior del esófago (T3). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0) ni a sitios distantes (M0). El cáncer se encuentra en la parte inferior del esófago y está diferenciado moderada (G2) o pobremente (G3).

Etapa IIB: cualquiera de los siguientes:

T2 o T3, N0, M0, G2 o G3; localización superior o media: el cáncer ha crecido hacia la capa muscular llamada la *muscularis propia* (T2). Puede que también haya crecido a través de la capa muscular hacia la adventicia, el tejido conectivo que cubre el exterior

del esófago (T3). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a sitios distantes (M0). Se encuentra en la parte superior o media del esófago y está diferenciado moderada (G2) o pobremente (G3).

T1 o T2, N1, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer está creciendo hacia las capas que se encuentran debajo del epitelio, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa (T1). Puede que también haya crecido hacia la muscularis propia (T2). No ha crecido a través de la capa exterior del tejido que cubre el esófago. Se ha propagado a uno o dos ganglios linfáticos cercanos al esófago (N1), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

Etapa IIIA: cualquier caso de los siguientes:

T1 o T2, N2, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer está creciendo hacia las capas que se encuentran debajo del epitelio, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa (T1). Puede que también haya crecido hacia la muscularis propia (T2). No ha crecido a través de la capa exterior del tejido que cubre el esófago. Se ha propagado a entre tres y seis ganglios linfáticos cercanos al esófago (N2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

T3, N1, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer ha crecido a través de la pared del esófago hasta la capa exterior, la adventicia (T3). Se ha propagado a uno o dos ganglios linfáticos cercanos al esófago (N1), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

T4a, N0, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer ha crecido a través de todo el esófago y hacia los órganos o tejidos cercanos (T4a), pero aún puede ser extirpado. No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

Etapa IIIB: T3, N2, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer ha crecido a través de la pared del esófago hasta la capa exterior, la adventicia (T3). Se ha propagado a entre tres y seis ganglios linfáticos cercanos al esófago (N2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

Etapa IIIC: cualquier caso de los siguientes:

T4a, N1 o N2, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer ha crecido a través de todo el esófago y hacia los órganos o tejidos cercanos (T4a), pero aún puede ser extirpado. Se ha propagado a entre uno y seis ganglios linfáticos cercanos al esófago (N1 o N2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

T4b, cualquier N, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer no puede extraerse con cirugía porque ha crecido hacia la tráquea, la aorta (vaso sanguíneo grande proveniente del corazón), la columna vertebral y hacia otras estructuras vitales (T4b). Puede que se haya propagado o no a los ganglios linfáticos cercanos (cualquier N), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a lugares distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

Cualquier T, N3, M0, cualquier G; cualquier localización: el cáncer se ha propagado a siete o más ganglios linfáticos cercanos (N3), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a lugares distantes (M0). Puede ser de cualquier grado y encontrarse en cualquier parte del esófago.

Etapas IV: cualquier T, cualquier N, M1, cualquier G; cualquier localización: el cáncer se ha propagado a ganglios linfáticos distantes o a otros sitios (M1). Puede ser de cualquier grado (G) y encontrarse en cualquier parte del esófago.

Etapas del adenocarcinoma

La localización del cáncer por el esófago no afecta la etapa de los adenocarcinomas.

Etapas 0: Tis, N0, M0, GX o G1: esta etapa es la más temprana del cáncer de esófago. También se conoce como *displasia de alto grado*. Las células cancerosas se encuentran solamente en el epitelio (la capa de células que recubre el esófago). El cáncer no ha crecido hacia el tejido conectivo debajo de estas células (Tis). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a otros órganos (M0). Está bien diferenciado (G1) o la información sobre el grado no está disponible (GX).

Etapas IA: T1, N0, M0, GX, G1 o G2: el cáncer está creciendo desde el epitelio hacia las capas que se encuentran debajo, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa, pero no ha crecido con más profundidad (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). Está bien diferenciado (G1) o moderadamente diferenciado (G2), o la información sobre el grado no está disponible (GX).

Etapas IB: cualquiera de los siguientes:

T1, N0, M0, G3: el cáncer está creciendo desde el epitelio hacia las capas que se encuentran debajo, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa, pero no ha crecido con más profundidad (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). El tumor está poco diferenciado (G3).

T1, N0, M0, GX, G1 o G2: el cáncer ha crecido hacia la capa muscular llamada la *muscularis propia* (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). Está bien diferenciado (G1) o moderadamente diferenciado (G2), o la información sobre el grado no está disponible (GX).

Etapa IIA: T2, N0, M0, G3: el cáncer ha crecido hacia la capa muscular llamada la *muscularis propria* (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). El tumor está diferenciado pobremente (G3).

Etapa IIB: cualquiera de los siguientes:

T3, N0, M0, cualquier G: el cáncer ha crecido a través de la pared del esófago hasta la capa exterior, la adventicia (T3). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado.

T1 o T2, N1, M0, cualquier G: el cáncer está creciendo hacia las capas que se encuentran debajo del epitelio, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa (T1). Puede que también haya crecido hacia la muscularis propria (T2). No ha crecido a través de la capa exterior del tejido que cubre el esófago. Se ha propagado a uno o dos ganglios linfáticos cercanos al esófago (N1), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado.

Etapa IIIA: cualquier caso de los siguientes:

T1 o T2, N2, M0, cualquier G: el cáncer está creciendo hacia las capas que se encuentran debajo del epitelio, como la lámina propia, la muscularis mucosa o la submucosa (T1). Puede que también haya crecido hacia la muscularis propria (T2). No ha crecido a través de la capa exterior del tejido que cubre el esófago. Se ha propagado a entre tres y seis ganglios linfáticos cercanos al esófago (N2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G).

T3, N1, M0, cualquier G: el cáncer ha crecido a través de la pared del esófago hasta la capa exterior, la adventicia (T3). Se ha propagado a uno o dos ganglios linfáticos cercanos al esófago (N1), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G).

T4a, N0, M0, cualquier G: el cáncer ha crecido a través de todo el esófago y hacia los órganos o tejidos cercanos (T4a), pero aún puede ser extirpado. No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G).

Etapa IIIB: T3, N2, M0, cualquier G: el cáncer ha crecido a través de la pared del esófago hasta la capa exterior, la adventicia (T3). Se ha propagado a entre tres y seis ganglios linfáticos cercanos al esófago (N2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G).

Etapa IIIC: cualquier caso de los siguientes:

T4a, N1 o N2, M0, cualquier G: el cáncer ha crecido a través de todo el esófago y hacia los órganos o tejidos cercanos (T4a), pero aún puede ser extirpado. Se ha propagado a entre uno y seis ganglios linfáticos cercanos al esófago (N1 o N2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a sitios distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G).

T4b, cualquier N, M0, cualquier G: el cáncer no puede extraerse con cirugía porque ha crecido hacia la tráquea, la aorta (vaso sanguíneo grande proveniente del corazón), la columna vertebral y hacia otras estructuras vitales (T4b). Puede que se haya propagado o no a los ganglios linfáticos cercanos (cualquier N), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a lugares distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G).

Cualquier T, N3, M0, cualquier G: el cáncer se ha propagado a siete o más ganglios linfáticos cercanos (N3), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos más alejados del esófago ni a lugares distantes (M0). Puede ser de cualquier grado (G).

Etapas IV: cualquier T, cualquier N, M1, cualquier G: el cáncer se ha propagado a ganglios linfáticos distantes o a otros sitios (M1). Puede ser de cualquier grado (G).

Cáncer resecable frente a cáncer no resecable

El sistema de clasificación AJCC provee un resumen detallado de cuán lejos se ha propagado el cáncer. No obstante, para propósitos de tratamiento, a menudo a los médicos les preocupa más si el cáncer se puede remover completamente (resecable) con cirugía. Si, de acuerdo con la localización del cáncer y cuán lejos se ha propagado, se podría extraer completamente el cáncer mediante cirugía, éste se considera potencialmente *resecable*. Si el cáncer se ha propagado demasiado como para ser extraído completamente, se considera *irresecable*.

Como regla general, todos los cánceres de esófago en etapa 0, I, y II son potencialmente resecables. La mayoría de los cánceres en etapa III también son potencialmente resecables, incluso cuando se han propagado a los ganglios linfáticos adyacentes, siempre y cuando el cáncer no haya crecido hacia la tráquea, la aorta (vaso sanguíneo grande proveniente del corazón), la columna vertebral o hacia otras estructuras vitales adyacentes. Desafortunadamente, es posible que muchas personas cuyos cánceres son potencialmente resecables no puedan someterse a cirugía para extraer sus cánceres debido a que no están lo suficientemente saludables.

Los cánceres que han crecido hacia estas estructuras o que se han propagado a ganglios linfáticos distantes o a otros órganos se consideran no resecables. Por lo tanto, otros tratamientos que no sean cirugía son usualmente la mejor opción.

Tasas de supervivencia para el cáncer de esófago según la etapa

Los médicos suelen utilizar las tasas de supervivencia para discutir el pronóstico de una persona en forma estándar. Es posible que algunas personas quieran conocer las estadísticas de supervivencia de personas en situaciones similares, mientras que para otras las cifras pueden no ser útiles e incluso pueden no querer conocerlas. Si usted decide que no quiere saber las estadísticas de supervivencia, no lea los siguientes párrafos y pase a la próxima sección.

La tasa de supervivencia después de 5 años se refiere al porcentaje de pacientes que viven al menos 5 años después del diagnóstico de cáncer. Por supuesto, muchas de estas personas viven más de 5 años.

Las tasas relativas de supervivencia a 5 años, como los números que se presentan a continuación, asumen que algunas personas morirán de otras causas y comparan la supervivencia observada con la esperada en las personas sin cáncer. Ésta es una manera más precisa de describir las probabilidades de morir a causa de un tipo y etapa particular de cáncer.

A fin de obtener tasas de supervivencia a 5 años, los médicos observan a las personas que recibieron tratamiento hace, al menos, 5 años. Los avances en el tratamiento desde entonces pueden producir un pronóstico más favorable para personas que hoy día son diagnosticadas con cáncer de esófago.

Las tasas de supervivencia no están fácilmente disponibles para cada etapa del cáncer de esófago en el sistema de clasificación AJCC. Las tasas de supervivencia que se presentan a continuación provienen del centro de datos del *National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)*, y se basan en pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de esófago entre 2003 y 2009. La base de datos del SEER no hace una división de las tasas de supervivencia en función de la etapa del sistema AJCC TNM. En su lugar, divide los cánceres en tres etapas consolidadas y más abarcadoras:

- **Local** significa que el cáncer está creciendo solamente en el esófago. Incluye los tumores en etapa I y algunos en etapa II del sistema AJCC (como aquellos que son T1, T2 o T3, N0, M0). Los cánceres en etapa 0 no están incluidos en estas estadísticas.
- **Regional** significa que el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o tejidos cercanos. Esto incluye a los tumores T4 y a los cánceres con propagación a ganglios linfáticos (N1, N2 o N3).
- **Distante** significa que el cáncer se ha propagado a los órganos o ganglios linfáticos distantes del tumor, e incluye todos los cánceres M1 (etapa IV).

Etapa	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizada	39%
Regional	21%
Distante	4%

Las tasas de supervivencia para el cáncer de esófago no separan a los carcinomas de células escamosas de los adenocarcinomas, aunque usualmente se cree que en general las personas con adenocarcinomas tienen un pronóstico ligeramente mejor.

Con frecuencia, las tasas de supervivencia se basan en resultados previos de muchas personas que han tenido la enfermedad, pero no puede preverse qué le sucederá a una persona en particular. Resulta importante conocer el tipo y la etapa del cáncer de una persona para estimar su pronóstico. Sin embargo, muchos otros factores también son importantes, tal como el tratamiento recibido, cuán bien responde el cáncer al tratamiento, y la salud general de una persona. Aun cuando se toman en cuenta estos otros factores, las tasas de supervivencia sólo son, en el mejor de los casos, cálculos aproximados. El médico puede indicarle cómo aplican estas cifras a usted, ya que él o ella conoce mejor su situación.

¿Cómo se trata el cáncer de esófago?

Esta información representa los puntos de vista de los médicos y del personal de enfermería que prestan servicio en la Junta Editorial del Banco de Datos de Información de la Sociedad Americana Contra El Cáncer. Estos puntos de vista se basan en la interpretación que ellos hacen de los estudios publicados en revistas médicas, así como en su propia experiencia profesional.

La información sobre tratamientos incluida en este documento no constituye una política oficial de la Sociedad y no tiene como objetivo ofrecer asesoramiento médico que replazce la experiencia y el juicio de su equipo de atención médica contra el cáncer. Su objetivo es ayudar a que usted y a su familia estén informados para tomar decisiones conjuntamente con su médico.

Es posible que su médico tenga motivos para sugerir un plan de tratamiento distinto de estas opciones generales de tratamiento. No dude en hacer preguntas a su médico sobre sus opciones de tratamiento.

Información general sobre tratamientos

Después de encontrar y clasificar el cáncer, el equipo que atiende su cáncer hablará con usted sobre las opciones de tratamiento. Es importante que dedique tiempo para pensar sobre sus opciones. Usted tendrá que comparar los beneficios de cada opción de tratamiento con los posibles efectos secundarios y riesgos. Al seleccionar un plan de

tratamiento, dos de los factores principales que hay que considerar son su salud general y la etapa (extensión) del cáncer.

Las opciones principales de tratamiento contra el cáncer de esófago incluyen:

- Cirugía
- Radiación
- Quimioterapia
- Terapia dirigida
- Tratamientos endoscópicos

Cuando no se puede extirpar todo el cáncer, también se pueden usar algunos de estos tratamientos como tratamiento paliativo. El tratamiento paliativo tiene el objetivo de aliviar los síntomas, tal como el dolor y la dificultad al tragar. Sin embargo, no se espera que cure el cáncer.

Dependiendo de la etapa del cáncer y de su salud general, estas opciones diferentes de tratamiento se pueden usar solas o en combinación. Según estas opciones, puede que usted tenga diferentes tipos de médicos en su equipo de tratamiento. Éstos médicos podrían incluir:

- Un cirujano torácico: un médico que trata enfermedades del tórax con cirugía.
- Un oncólogo especialista en radioterapia: un médico que trata el cáncer con radioterapia.
- Un médico oncólogo: un doctor que trata el cáncer con medicinas, como quimioterapia.
- Un gastroenterólogo: un médico especializado en el tratamiento de las enfermedades del sistema digestivo.

Puede que muchos otros especialistas también formen parte de su equipo de atención, incluyendo asistentes médicos, enfermeras practicantes, especialistas en nutrición, trabajadores sociales, y otros profesionales de la salud. Para más información lea [*Health Professionals Associated With Cancer Care*](#).

Es importante hablar con el médico sobre todas las opciones de tratamiento así como de los posibles efectos secundarios, para ayudarlo a tomar una decisión que mejor se ajuste a sus necesidades. Tal vez sienta que debe tomar rápidamente una decisión, pero es importante que dedique tiempo para asimilar la información que acaba de recibir. Haga preguntas al equipo de profesionales que atiende su cáncer. Usted puede encontrar algunas buenas preguntas en la sección “¿Qué debe preguntar a su médico sobre el cáncer de esófago?”.

Si el tiempo lo permite, a menudo es buena idea buscar una segunda opinión que le pueda ofrecer más información y ayudarlo a sentirse confiado sobre el plan de tratamiento que escoja.

Las próximas secciones describen los tipos diferentes de tratamiento para el cáncer de esófago. Les sigue información sobre las opciones de tratamiento más comunes según la etapa del cáncer, así como información sobre el cáncer de esófago recurrente y las opciones de tratamiento paliativo.

Cirugía para el cáncer de esófago

Para algunos cánceres en etapas más tempranas, se puede emplear cirugía para tratar de remover el cáncer y algo del tejido normal circundante. En algunos casos, se puede combinar con otros tratamientos, como quimioterapia, radioterapia, o ambas.

Esofagectomía

A la cirugía para extirpar algo o la mayor parte del esófago se llama *esofagectomía*. A menudo, también se extirpa una pequeña parte del estómago. La parte superior del esófago es luego conectada a la parte del estómago remanente. Se levanta parte del estómago hacia el pecho o el cuello para que sirva como nuevo esófago. La cantidad de esófago que se extirpa depende de la etapa y la localización del tumor.

Si el cáncer está localizado en la parte inferior del esófago (cerca del estómago) o en el lugar donde el esófago y el estómago se unen (la unión gastroesofágica o unión GE), el cirujano removerá parte del estómago, la parte del esófago que contiene cáncer y alrededor de 3 a 4 pulgadas de esófago normal. Luego, el estómago se conecta a lo que queda del esófago ya sea en la parte alta del pecho o en el cuello.

Si el tumor está localizado en la porción superior o media del esófago, es necesario extirpar la mayor parte del esófago para asegurarse que se obtiene suficiente tejido en el área que está sobre el cáncer. Entonces, el estómago será regresado y conectado al esófago en el cuello. Si por alguna razón, no se puede estirar el estómago para adherirlo a la parte remanente del esófago, el cirujano podría usar una parte del intestino que sirva de puente entre las dos partes. Cuando se usa una sección de intestino, ésta se tiene que mover sin dañar sus vasos sanguíneos. Si los vasos son dañados, no llegará suficiente sangre a esa sección del intestino, y el tejido morirá.

La esofagectomía se puede hacer usando cualquiera de los dos tipos principales de técnicas. En la técnica convencional y abierta, el cirujano opera a través de una o más incisiones (cortes) grandes en el cuello, el tórax o el abdomen. En la cirugía mínimamente invasiva, el cirujano opera a través de varias incisiones más pequeñas usando instrumentos quirúrgicos especiales que son largos y delgados.

Esofagectomía abierta: se pueden usar muchos métodos diferentes para remover parte del esófago.

- En una *esofagectomía transtorácica*, se extirpa el esófago mediante incisiones principales en el abdomen y en el pecho,
- Si las incisiones principales se hacen en el abdomen y el cuello, se le llama *esofagectomía transhiatal*.
- Algunos procedimientos se realizan a través de incisiones en el cuello, el pecho y el abdomen.

Usted y su cirujano deben hablar con detalles sobre la operación que se planea hacer para que sepa qué esperar.

Esofagectomía mínimamente invasiva: para algunos cánceres en etapas iniciales (pequeños), el esófago se puede extirpar a través de varias incisiones pequeñas en lugar de incisiones grandes. El cirujano coloca un telescopio (como si fuera un pequeño telescopio) a través de una de las incisiones para poder ver todo durante la operación. Luego, los instrumentos quirúrgicos son insertados a través de otras incisiones pequeñas. Para poder realizar bien este tipo de procedimiento, el cirujano necesita tener mucha habilidad y experiencia en la extirpación de esófagos mediante este método. Debido a que se hacen incisiones más pequeñas, una esofagectomía mínimamente invasiva puede permitir que el paciente pase menos tiempo en el hospital y se recupere con mayor prontitud.

Independientemente del método que se utilice, la esofagectomía no es una operación simple y puede requerir de una hospitalización prolongada. Es importante realizar esta operación en un centro con personal que tenga mucha experiencia en el tratamiento de estos cánceres y realizando estos procedimientos.

Si el cáncer aún no se ha propagado lejos del esófago, la extirpación del esófago (y los ganglios linfáticos adyacentes) podría curar el cáncer. Desafortunadamente, la mayoría de los cánceres de esófago no se descubren con suficiente anticipación como para que los médicos los curen con cirugía.

Extirpación de los ganglios linfáticos

Para cualquier tipo de esofagectomía, también se extirpan los ganglios linfáticos durante la operación. Luego, estos ganglios linfáticos se examinan para saber si contienen células cancerosas. Si el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos, el pronóstico no es tan favorable, y el médico puede recomendar otros tratamientos (tal como quimioterapia y/o radiación) después de la cirugía.

Riesgos y efectos secundarios de la esofagectomía

Al igual que la mayoría de las operaciones mayores, la cirugía de esófago presenta algunos riesgos. Los riesgos a corto plazo incluyen reacciones a la anestesia, sangrado profuso, coágulos sanguíneos en los pulmones o en cualquier otra parte, e infecciones. La mayoría de las personas experimentará al menos algo de dolor tras la operación, lo que usualmente se puede aliviar con medicinas contra el dolor.

Además, las complicaciones pulmonares son comunes. Se puede desarrollar una pulmonía que pudiera causar una estadía más prolongada en el hospital, y en algunas veces, pudiera causar incluso la muerte.

Algunas personas podrían presentar cambios en sus voces después de la cirugía.

Puede haber una fuga en el lugar en el que el estómago (o intestino) se conecta con el esófago, lo que podría requerir de otra operación para solucionar este problema. Esto no es tan común como lo era gracias al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas.

Se puede formar un estrechamiento en el área de la conexión quirúrgica del estómago y el esófago, lo que puede causar dificultad para tragar en algunos pacientes. Para aliviar este síntoma, estos estrechamientos se pueden ampliar durante un procedimiento de endoscopia superior.

Después de la operación, es posible que el estómago se vacíe muy lentamente debido a que los nervios que controlan sus contracciones pueden resultar afectados por la cirugía. A veces esto puede ocasionar frecuentes náuseas y vómitos.

Después de la cirugía, los contenidos de la bilis y el estómago pueden entrar al esófago debido a que el músculo que normalmente controla esto (el esfínter esofágico inferior) con frecuencia se extirpa o es alterado al realizar la cirugía. Esto puede causar síntomas, tal como acidez (aguras). Algunas veces, los medicamentos antiácidos o para la motilidad pueden ayudar a aliviar estos síntomas.

Algunas complicaciones pueden poner en riesgo la vida. El riesgo de morir a causa de esta operación se relaciona con la experiencia que el médico tiene con estos procedimientos. En general, los mejores resultados se alcanzan con cirujanos y hospitales que tienen la mayor experiencia en esta operación. Por esta razón, los pacientes deben hacer preguntas al cirujano sobre su experiencia: con qué frecuencia hacen operaciones del esófago, cuántas veces han hecho este procedimiento y qué porcentaje de sus pacientes ha fallecido después de esta cirugía. También es importante el hospital donde se realice la cirugía, y cualquier hospital que usted considere debe poner a su disposición las estadísticas de supervivencia.

Para más información general sobre la cirugía como tratamiento del cáncer, consulte nuestro documento titulado Cirugía para el cáncer: una guía para los pacientes y sus familias.

Cirugía para la atención paliativa

Algunas veces se emplean tipos de cirugía menores para ayudar a prevenir o aliviar los problemas causados por el cáncer, en lugar de tratar de curarlo. Por ejemplo, en personas que necesitan recibir suficiente nutrición se puede realizar una cirugía menor para colocar una sonda de alimentación directamente al estómago o al intestino delgado. Esto se discute en la sección “Terapia paliativa para el cáncer de esófago”.

Radioterapia para cáncer de esófago

En la radioterapia se usan radiación de alta energía para destruir las células cancerosas. A menudo se combina con otros tipos de tratamiento, como quimioterapia (quimio), cirugía o ambas, para tratar el cáncer de esófago. La radiación se puede emplear:

- Como parte del tratamiento principal de cáncer de esófago en algunos pacientes, típicamente con quimioterapia (*quimiorradiación*). Se usa con frecuencia en personas que no pueden someterse a cirugía debido a que no gozan de buena salud o en personas que no quieren someterse a cirugía.
- Antes de la cirugía (y junto con quimioterapia cuando es posible) para tratar de reducir el tamaño del cáncer y facilitar la operación (*tratamiento neoadyuvante*).
- Después de la cirugía (y junto con quimioterapia cuando es posible), para tratar de destruir cualquier área de células cancerosas remanente que es tan pequeña que no se pueda ver. A esto se le conoce como *terapia adyuvante*.
- Para aliviar los síntomas de cáncer de esófago avanzado, como el dolor, el sangrado y los problemas para tragar. Esto se conoce como terapia paliativa.

Existen dos tipos principales de radioterapia.

Radioterapia de rayos externos: este tipo de tratamiento enfoca la radiación en el cáncer desde una fuente externa al cuerpo. Éste es el tipo de radioterapia que más se utiliza para tratar de curar el cáncer de esófago.

Antes de iniciar el tratamiento, el equipo de radiación cuidadosamente tomará medidas para determinar los ángulos correctos para emitir los haces de radiación, y las dosis adecuadas de radiación. La radioterapia es muy similar a la radiografía, pero la radiación es más intensa. El procedimiento en sí no es doloroso. Cada tratamiento dura sólo unos minutos, aunque el tiempo de preparación (colocarle en el lugar correcto para el tratamiento) usualmente toma más tiempo. Con más frecuencia, los tratamientos de radiación se administran 5 días a la semana por varias semanas.

Radioterapia interna (braquiterapia): para este tipo de tratamiento, el médico pasa un endoscopio (un tubo largo y flexible) por la garganta para colocar material radiactivo muy cerca del cáncer. La radiación se desplaza solo a una corta distancia de manera que

alcanza el tumor y tiene poco efecto sobre los tejidos sanos adyacentes. Luego, la fuente de radiación se remueve después de un corto periodo de tiempo. La braquiterapia se puede administrar de dos maneras:

En la *braquiterapia en dosis altas*, el médico deja el material radiactivo cerca del tumor por algunos minutos a la vez, lo que pudiera requerir de varios tratamientos.

Por otro lado, en la braquiterapia de dosis bajas, se coloca una dosis más baja de radiación cerca del tumor por periodos de tiempo más prolongados (1 o 2 días) a la vez. El paciente necesita permanecer en el hospital durante el tratamiento, pero el mismo por lo general se completa en solo una o dos sesiones.

La braquiterapia se usa con más frecuencia en cánceres de esófago avanzados para reducir el tamaño de los tumores a fin de que el paciente pueda tragar más fácilmente. Esta técnica no se puede usar para tratar un área que sea muy grande, por lo que se usa como una manera de aliviar síntomas (y no para tratar de curar el cáncer).

Posibles efectos secundarios de la radioterapia

Los efectos secundarios de la radioterapia externa pueden incluir:

- Cambios en la piel de las áreas que reciben radiación que van desde algo como una quemadura de sol hasta ampollas y llagas abiertas.
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Cansancio
- Llagas dolorosas en la boca y la garganta
- Resequedad de la boca o saliva espesa

Estos efectos secundarios a menudo se empeoran si se administra quimioterapia al mismo tiempo que la radiación.

Durante el tratamiento con la radiación externa o la braquiterapia, la radiación destruye las células normales en el revestimiento del esófago, lo que puede causar dolor al tragar. Esto ocurre poco tiempo después de comenzar el tratamiento, pero usualmente se alivia varias semanas después de completarlo.

La mayoría de los efectos secundarios de la radiación es temporal, aunque algunos efectos secundarios menos comunes y graves pueden ser permanentes. Por ejemplo, en algunos casos la radiación puede causar un estrechamiento en el esófago, lo que puede requerir de tratamiento adicional. La radiación al tórax puede causar daño pulmonar, lo que puede ocasionar problemas para respirar y respiración entrecortada.

Consulte con su médico antes y durante el tratamiento para saber qué efectos secundarios usted podría esperar y qué se puede hacer al respecto.

Usted puede encontrar más información general sobre la radioterapia en nuestro documento Radioterapia: una guía para los pacientes y sus familias.

Quimioterapia para cáncer de esófago

En la quimioterapia (quimio) se usan medicamentos contra el cáncer que se administran a través de la vena o por la boca. Estos medicamentos entran al torrente sanguíneo y llegan a todas las áreas del cuerpo, lo que hace que este tratamiento sea útil contra el cáncer que se ha propagado. Dependiendo del tipo y de la etapa del cáncer de esófago, la quimioterapia se puede administrar:

- Como parte del tratamiento principal, a menudo junto con radioterapia (quimiorradiación). Se usa con frecuencia en personas que no pueden someterse a cirugía debido a que no gozan de buena salud o en personas que no quieren someterse a cirugía.
- Antes de la cirugía (y habitualmente junto con radioterapia) para tratar de reducir el tamaño del cáncer y facilitar la operación. A esto se le llama *tratamiento neoadyuvante*.
- Después de que el cáncer se haya removido mediante la cirugía (y habitualmente junto con radioterapia), para tratar de destruir cualquier área de células tumorales remanente. A esto se le conoce como *tratamiento adyuvante*.
- Sola o con radiación para ayudar a controlar los síntomas, como el dolor o la dificultad al tragar cuando no se puede curar el cáncer. Esto se conoce como *tratamiento paliativo*.

La quimioterapia por sí misma rara vez cura el cáncer de esófago. A menudo, se administra junto con radioterapia (*quimiorradiación* o *quimiorradioterapia*). La quimiorradiación se administra frecuentemente antes de la cirugía. Esto puede reducir la probabilidad de que el cáncer regrese y ayuda a las personas a vivir por más tiempo que cuando solo se emplea la cirugía. La quimiorradiación también se ofrece después de la cirugía, pero no está claro si es tan eficaz como suministrarla antes de la cirugía.

Los doctores administran la quimioterapia en ciclos, con cada período de tratamiento seguido de un período de descanso para permitir que su cuerpo se recupere. Por lo general, cada ciclo de quimioterapia dura varias semanas.

Se pueden emplear muchos medicamentos de quimioterapia diferentes para tratar el cáncer de esófago. Los regímenes comunes son:

- Carboplatino y paclitaxel (Taxol[®]) (se puede combinar con radiación).

- Cisplatino y fluorouracilo (5-FU) (a menudo combinados con radiación).
- ECF: epirrubicina (Ellence[®]), cisplatino, y 5-FU (especialmente para tumores en la unión gastroesofágica).
- DCF: docetaxel (Taxotere[®]), cisplatino, y 5-FU.
- Cisplatino con capecitabina (Xeloda[®]).
- Oxaliplatino y 5-FU o capecitabina.

Los otros medicamentos de quimioterapia que se han estado usando para tratar el cáncer de esófago incluyen doxorubicina (Adriamycin[®]), bleomicina, mitomicina, metotrexato, vinorelbina (Navelbine[®]), topotecán, e irinotecán (Camptosar[®]).

Para algunos cánceres de esófago, se puede usar quimioterapia junto con el medicamento dirigido trastuzumab (Herceptin[®]). Para más información sobre este medicamento, lea la sección “Terapia dirigida para el cáncer de esófago”.

Para obtener más información sobre un medicamento mencionado en esta sección o cualquier medicamento que esté tomando para combatir el cáncer, llámenos al 1-800-227-2345 o lea en Internet nuestro documento *Cancer Drug Guide*.

Posibles efectos secundarios de la quimioterapia

Los medicamentos de quimioterapia atacan a las células que se están dividiendo rápidamente, razón por la cual funcionan contra las células cancerosas. Sin embargo, otras células en el cuerpo, tales como aquellas en la médula ósea (donde se producen nuevas células sanguíneas), el revestimiento de la boca y los intestinos, así como los folículos pilosos, también se dividen rápidamente. Estas células también son propensas a verse afectadas por la quimioterapia, lo cual ocasiona los efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen del medicamento específico que se usa, la dosis administrada y la duración del tratamiento. Los efectos secundarios comunes de la quimioterapia incluyen:

- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Pérdida del cabello
- Úlceras en la boca
- Diarrea o estreñimiento
- Bajos recuentos sanguíneos

La quimioterapia a menudo afecta las células productoras de sangre de la médula ósea, lo que puede causar bajos recuentos sanguíneos, y:

- Mayores probabilidades de infección (debido a la escasez de glóbulos blancos).
- Problemas con sangrado o aparición de hematomas (debido a una escasez de plaquetas en la sangre).
- Cansancio o dificultad para respirar (por la disminución de los niveles de glóbulos rojos).

Además de los riesgos anteriores, algunos medicamentos de quimioterapia pueden causar otros efectos secundarios menos comunes. Por ejemplo, el cisplatino, el oxaliplatino, el docetaxel y el paclitaxel pueden causar daño a los nervios (*neuropatía periférica*). Esto puede causar problemas con hormigueo, adormecimiento, o dolor en las manos y los pies. El cisplatino también puede causar pérdida auditiva y daño a los riñones. La doxorubicina y la epirubicina pueden causar daño al corazón, si se administra mucha cantidad del medicamento.

La mayoría de los efectos secundarios se alivian una vez finaliza el tratamiento, aunque algunos pueden durar por mucho tiempo o incluso ser permanentes. Si su médico planea administrar tratamiento con quimioterapia, usted debe hablar con él o ella sobre los medicamentos que se usarán y los posibles efectos secundarios que pudieran presentarse. Si presenta efectos secundarios, informe al equipo de atención médica para que puedan ser tratados. Existen maneras de prevenir y tratar muchos de los efectos secundarios de la quimioterapia. Por ejemplo, hay muchos medicamentos que pueden ayudar a prevenir o tratar las náuseas y los vómitos.

Las personas con cáncer de esófago a menudo ya han perdido peso antes de descubrir el cáncer. Los tratamientos, tal como quimioterapia, radiación, y la quimiorradiación puede causar llagas dolorosas en la boca y la garganta. Estas llagas pueden dificultar que el paciente coma lo suficientemente bien como para obtener una buena nutrición., lo que empeora la pérdida de peso. Algunas personas con cáncer de esófago puede que necesiten que se les coloque una sonda de alimentación, usualmente llamado *tubo de yeyunostomía* (o tubo-J), antes del tratamiento. Esto se hace a través de un pequeño orificio en la piel sobre el abdomen durante una operación menor. Un tubo-J permite que se administren bebidas nutritivas directamente en el intestino delgado para prevenir más pérdida de peso y para mejorar la nutrición. Esto puede contribuir a que el paciente tolere mejor el tratamiento. Las sondas de alimentación se pueden remover fácilmente cuando ya no son necesarias.

Para más información sobre quimioterapia, lea nuestro artículo titulado [Quimioterapia: una guía para los pacientes y sus familias](#).

Terapia dirigida para cáncer de esófago

A medida que los investigadores aprenden más sobre los cambios en células que causan cáncer, ellos han podido desarrollar medicamentos más recientes diseñados para combatir

estos cambios de manera específica. Los medicamentos dirigidos son distintos a los medicamentos de la quimioterapia convencional. Algunas veces, estos medicamentos funcionan cuando los medicamentos convencionales de quimioterapia no son eficaces y a menudo presentan efectos secundarios diferentes (y menos graves).

Trastuzumab

Un pequeño número de cánceres de esófago tienen demasiada cantidad de la proteína HER2 en la superficie de sus células, lo que puede ayudar a las células cancerosas a crecer. Tener demasiada cantidad de esta proteína se debe a presentar demasiadas copias del gen *HER2*.

Un medicamento que ataca la proteína HER2, conocido como trastuzumab (Herceptin), puede ayudar a tratar estos cánceres cuando se usa junto con la quimioterapia. Si tiene cáncer de esófago y no puede someterse a cirugía, es posible que su médico ordene realizar pruebas del gen o proteína HER2 en las muestras del tumor que se obtuvieron para la biopsia. Los cánceres que tienen cantidades normales del gen o la proteína HER2 tienen muy pocas probabilidades de beneficiarse de este medicamento.

El trastuzumab se inyecta en una vena (IV) una vez cada 3 semanas junto con quimioterapia. La duración óptima para ser administrado todavía se desconoce.

La mayoría de los efectos secundarios del trastuzumab son relativamente leves y pueden incluir fiebre y escalofríos, debilidad, náusea, vómito, tos, diarrea y dolor de cabeza. Estos efectos secundarios son menos frecuentes después de la primera dosis. Algunas veces, este medicamento también puede causar daño al corazón, lo que causa debilidad al músculo del corazón. Este medicamento no se administra con ciertos medicamentos de quimioterapia llamados antraciclinas, tal como epirrubicina (Ellence) o doxorubicina (Adriamycin), ya que puede aumentar aún más el riesgo de daño al corazón si se administran juntos. Antes de comenzar el tratamiento con este medicamento, su médico puede verificar su función cardíaca mediante un examen, tal como un ecocardiograma o un MUGA.

Ramucirumab

Para que los cánceres crezcan y se propaguen, necesitan crear nuevos vasos sanguíneos de modo que los tumores reciban sangre y nutrientes. Una de las proteínas que le envía una señal al organismo para que forme nuevos vasos sanguíneos se llama VEGF. Para actuar, la VEGF se une a las proteínas de la superficie celular llamados receptores. El ramucirumab (Cyramza™) es un anticuerpo monoclonal que se une a un receptor de VEGF. Esto evita que la VEGF se una al receptor y le envíe una señal al organismo para que forme más vasos sanguíneos, lo que puede ayudar a desacelerar o detener el crecimiento y la propagación del cáncer.

El ramucirumab se usa para tratar los cánceres que se originan en la unión gastroesofágica (GE) cuando están en etapa avanzada (la unión gastroesofágica (GE) es

el lugar donde se unen el estómago y el esófago). Con mayor frecuencia, este medicamento se utiliza después de que otros medicamentos hayan dejado de surtir efecto.

Este medicamento se administra como infusión en una vena (IV) cada 2 semanas. Los efectos secundarios más comunes de este medicamento son presión arterial alta, dolor de cabeza y diarrea. Aunque se presentan pocas veces, los posibles efectos secundarios graves incluyen coágulos sanguíneos, sangrado profuso, orificios en el estómago o los intestinos (perforaciones) y problemas con la curación de heridas. Si se forma un orificio en el estómago o los intestinos, esto puede causar una grave infección que puede requerir cirugía para corregir este problema.

Tratamientos endoscópicos para cáncer de esófago

Varios tipos de tratamientos para el cáncer de esófago se pueden realizar al pasar un endoscopio (un tubo largo, y flexible) por la garganta hasta el esófago). Algunos de estos tratamientos se pueden usar para tratar de curar cánceres en etapas muy iniciales, o incluso para prevenir que se originen al tratar el esófago de Barrett o la displasia. Otros tratamientos se usan principalmente para ayudar a aliviar síntomas de los cánceres de esófago más avanzados que no se pueden remover.

Resección endoscópica de la mucosa

La resección mucosal endoscópica (*endoscopic mucosal resection*, EMR) es una técnica en la que se remueve un fragmento del revestimiento interno del esófago con instrumentos que se pasan por el endoscopio. La EMR se puede usar para displasia (precáncer) y para algunos cánceres de esófago pequeños en etapa muy inicial.

Después de remover el tejido anormal, los pacientes toman medicamentos llamados inhibidores de la bomba de protones para suprimir la producción de ácido en el estómago. Esto puede evitar que la enfermedad regrese.

El efecto secundario más común de la EMR es sangrado en el esófago, lo que usualmente no es grave. Los efectos secundarios menos comunes, pero más graves pueden incluir constricciones esofágicas (áreas de estrechamiento) que podrían requerir tratamiento con dilatación y perforación de la pared del esófago.

Terapia fotodinámica

La terapia fotodinámica (*photodynamic therapy*, PDT) es un método que se puede usar para tratar el esófago de Barrett, precánceres de esófago (displasia) y algunos cánceres de esófago en etapa muy inicial.

Además, la PDT a menudo se usa para tratar cánceres grandes que están bloqueando el esófago. En esta situación, la PDT no tiene el objetivo de destruir todo el cáncer, sino eliminar suficiente cáncer para mejorar la habilidad de la persona para tragar.

Para esta técnica, un medicamento activado por luz, llamado sodio porfimer (Photofrin[®]), se inyecta en una vena. En el transcurso de los próximos días, el medicamento es más probable que se acumule más en células cancerosas que en células normales. Luego se dirige un tipo especial de luz láser hacia el cáncer a través de un endoscopio. Esta luz cambia el medicamento en una nueva sustancia química que puede destruir las células cancerosas. Luego se pueden remover las células muertas varios días después durante una endoscopia superior. Puede que este proceso se repita en caso necesario.

La ventaja de la terapia fotodinámica es que puede destruir células cancerosas con muy poco daño a las células normales. Sin embargo, debido a que la sustancia química tiene que ser activada por la luz, sólo puede destruir las células cancerosas que se encuentran cerca de la superficie interna del esófago (aquellas que se pueden alcanzar por la luz). La luz no puede alcanzar cánceres que se han propagado más profundamente en el esófago o en otros órganos.

La terapia fotodinámica puede causar inflamación en el esófago por algunos días, lo que puede provocar algunos problemas para tragar. Además, se pueden formar constricciones (áreas de estrechamiento extremo) en algunos pacientes. A menudo, necesitan ser tratadas con dilatación. Otros posibles efectos secundarios incluyen sangrado u orificios en el esófago.

Algo de este medicamento también se acumula en las células normales del organismo, por ejemplo en las células de la piel y los ojos. Esto puede hacerle muy sensible a la luz solar o a luces potentes de interiores. Demasiada exposición puede causar reacciones graves de la piel. Por esta razón, los médicos recomiendan evitar cualquier luz potente por 4 a 6 semanas después de la inyección.

Este tratamiento puede curar algunos cánceres de esófago en sus etapas muy tempranas que no se han propagado a tejidos más profundos. Sin embargo, este procedimiento destruye el tejido, por lo que resulta difícil estar seguro de que el cáncer no se propagó a las capas más profundas del esófago. Debido a que es posible que la luz que se usa en la PDT sólo alcance aquellas células cancerosas que se encuentran cerca de la superficie del esófago, células de los cánceres más profundos podrían quedar atrás, y crecer hacia un nuevo tumor. Las personas que reciben este tratamiento necesitan hacerse endoscopias de seguimiento para asegurarse de que el cáncer no ha regresado. Además, necesitan seguir recibiendo un medicamento llamado inhibidor de la bomba de protones para detener la producción de ácido.

Para más información sobre esta técnica, lea nuestro documento *Photodynamic Therapy*.

Ablación por radiofrecuencia

Este procedimiento se puede usar para tratar displasia en áreas de esófago de Barrett. Puede reducir la probabilidad de que se origine el cáncer en esa área.

Se pasa un globo que contiene muchos electrodos pequeños hacia un área del esófago de Barrett a través de un endoscopio. Luego, el globo se infla para que los electrodos estén en contacto con el revestimiento interior del esófago. Entonces se pasa una corriente eléctrica, lo que destruye las células en el revestimiento al calentarlas.

Con el paso del tiempo, más células crecerán para reemplazar las células de Barrett. Después del procedimiento, el paciente necesita recibir medicamentos para bloquear la producción de ácido estomacal. Se hace periódicamente una endoscopia (con biopsias) para vigilar cualquier cambio adicional en el revestimiento del esófago. En pocas ocasiones, la ablación por radiofrecuencia puede causar constricciones (estrechamiento) o sangrado en el esófago.

Ablación con láser

Esta técnica se puede usar para ayudar a abrir el esófago cuando está bloqueado por un cáncer avanzado. Esto puede ayudar a aliviar los problemas al tragar.

Se dirige un rayo láser al cáncer a través de la punta de un endoscopio para destruir el tejido canceroso. El láser se llama *láser neodimio: itrio-aluminio-granate (Nd: YAG)*. La endoscopia con láser puede ser útil, aunque el cáncer a menudo crece nuevamente, por lo que puede que sea necesario repetir el procedimiento cada 1 o 2 meses.

Coagulación con plasma de argón

Esta técnica es similar a la ablación con láser, pero usa gas de argón y una chispa de alto voltaje administrado a través de la punta de un endoscopio. La chispa causa que el gas alcance temperaturas muy altas, lo que entonces se puede dirigir al tumor. Este método se usa para ayudar a eliminar obstrucciones en el esófago cuando el paciente tiene dificultad al tragar.

Electrocoagulación (electrofulguración)

Para este tratamiento, se pasa una sonda hacia el esófago a través de un endoscopio para quemar el tumor con corriente eléctrica. En algunos casos, este tratamiento puede ayudar a aliviar el bloqueo del esófago.

Endoprótesis esofágica

Una endoprótesis esofágica o “stent” es un dispositivo que, una vez colocado, él mismo se expande para convertirse en un tubo que ayuda a mantener abierto el esófago. Los “stents” están hechos de material de malla. Con más frecuencia, las endoprótesis son hechas de metal, aunque también se puede hacer de plástico. Se coloca un stent en el esófago a lo largo del tumor durante una endoscopia.

El éxito del *stent* depende del tipo que se usa y el lugar donde se coloca. Estos dispositivos aliviarán la dificultad al tragar en la mayoría de los pacientes. A menudo se usan después de otros tratamientos endoscópicos para ayudar a mantener abierto el esófago.

Estudios clínicos para cáncer de esófago

Es posible que haya tenido que tomar muchísimas decisiones desde que se enteró de que tiene cáncer de esófago. Una de las decisiones más importantes que tomará es elegir cuál es el mejor tratamiento para usted. Tal vez haya escuchado hablar sobre estudios clínicos sobre el cáncer de esófago. O quizá un integrante de su equipo de atención médica le comentó sobre un estudio clínico.

Los estudios clínicos son estudios de investigación cuidadosamente controlados que se llevan a cabo con pacientes que se ofrecen como voluntarios para participar. Se llevan a cabo para aprender más sobre nuevos y prometedores tratamientos o procedimientos.

Los estudios clínicos son una forma de tener acceso a la atención más avanzada para el cáncer. Algunas veces, puede que sean la única manera de recibir algunos tratamientos más recientes. También es la única forma que tienen los médicos de aprender mejores métodos para tratar el cáncer. Aun así, no son adecuados para todas las personas.

Si está interesado en aprender más sobre los estudios clínicos que podrían ser adecuados para usted, comience por preguntar a su médico si en la clínica u hospital donde trabaja se realizan estudios clínicos. También puede comunicarse con nuestro servicio de compatibilidad de estudios clínicos para obtener una lista de los estudios que cumplen con sus necesidades desde el punto de vista médico. Este servicio está disponible llamando al 1-800-303-5691 o mediante nuestro sitio en Internet en www.cancer.org/clinicaltrials. También puede obtener una lista de los estudios clínicos que se están realizando en la actualidad comunicándose con el Servicio de Información sobre el Cáncer (*Cancer Information Service*) del Instituto Nacional del Cáncer (*National Cancer Institute* o NCI, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-4-CANCER (1-800-422-6237) o visitando el sitio Web de estudios clínicos del NCI en www.cancer.gov/clinicaltrials.

Existen ciertos requisitos que usted debe cumplir para participar en cualquier estudio clínico. Si reúne esos requisitos, es usted quien decide si se inscribe o no al estudio clínico.

Usted puede obtener más información sobre los estudios clínicos en nuestro artículo titulado Estudios clínicos: lo que necesita saber. Usted puede leer este artículo en nuestro sitio Web o puede llamarnos al 1-800-227-2345 para solicitar una copia.

Terapias complementarias y alternativas para cáncer de esófago

Cuando una persona tiene cáncer es probable que oiga hablar sobre formas de tratar el cáncer o de aliviar los síntomas que el médico no le ha mencionado. Todos, desde amigos y familiares hasta grupos en Internet y sitios Web, pueden ofrecer ideas sobre lo que podría ayudarle. Estos métodos pueden incluir vitaminas, hierbas y dietas especiales, u otros métodos, como por ejemplo, acupuntura o masajes.

¿Qué son exactamente las terapias complementarias y alternativas?

Estos términos no siempre se emplean de la misma manera y se usan para hacer referencia a muchos métodos diferentes, por lo que el tema puede resultar confuso. Usamos el término *complementario* para referirnos a tratamientos que se usan *junto con* su atención médica habitual. Los tratamientos alternativos son los que se usan en lugar del tratamiento indicado por el médico.

Métodos complementarios: la mayoría de los métodos de tratamiento complementarios no se ofrecen como curas del cáncer. Se emplean principalmente para ayudarle a sentirse mejor. Algunos métodos que se usan junto con el tratamiento habitual son la meditación para reducir la tensión nerviosa, la acupuntura para ayudar a aliviar el dolor, o el té de menta para aliviar las náuseas. Se sabe que algunos métodos complementarios ayudan, mientras que otros no han sido probados. Se ha demostrado que algunos de estos métodos no son útiles, y algunos cuantos incluso han demostrado ser perjudiciales.

Tratamientos alternativos: los tratamientos alternativos pueden ofrecerse como curas del cáncer. No se ha demostrado en estudios clínicos que estos tratamientos sean seguros ni eficaces. Algunos de estos métodos pueden ser peligrosos o tienen efectos secundarios que representan un riesgo para la vida. Pero, en la mayoría de los casos, el mayor peligro es que usted pueda perder la oportunidad de recibir los beneficios de un tratamiento médico convencional. Puede que las demoras o interrupciones en sus tratamientos médicos le den más tiempo al cáncer para que se desarrolle y sea menos probable que el tratamiento funcione.

Obtenga más información

Resulta comprensible que las personas con cáncer piensen en métodos alternativos, pues quieren hacer todo lo posible por combatir el cáncer, y la idea de un tratamiento con pocos o ningún efecto secundario suena genial. En ocasiones, puede resultar difícil recibir tratamientos médicos, como la quimioterapia, o es posible que ya no den resultado. Pero la verdad es que la mayoría de los métodos alternativos no han sido probados y no se ha demostrado que funcionen en el tratamiento del cáncer.

Mientras analiza sus opciones, aquí mencionamos tres pasos importantes que puede seguir:

- Busque “señales de advertencia” que sugieran fraude. ¿Promete el método curar todos los tipos de cáncer o la mayoría de ellos? ¿Le indican que no debe recibir tratamiento médico habitual? ¿Es el tratamiento un “secreto” que requiere que usted visite determinados proveedores o viaje a otro país?
- Hable con su médico o con el personal de enfermería acerca de cualquier método que esté pensando usar.
- Llámenos al 1-800-227-2345 o lea nuestro documento [Métodos complementarios y alternativos para la atención del cáncer](#) para obtener más información sobre métodos complementarios y alternativos. También puede averiguar sobre los métodos específicos que esté evaluando si nos llama al 1-800-227-2345 o si visita nuestro sitio Web.

La elección es suya

Siempre es usted quien debe tomar las decisiones sobre cómo tratar o manejar la enfermedad. Si desea seguir un tratamiento no convencional, obtenga toda la información que pueda acerca del método y hable con su médico al respecto. Con buena información y el respaldo de su equipo de atención médica, es posible que pueda usar en forma segura los métodos que puedan ayudarle y que evite aquellos que puedan ser perjudiciales.

Tratamiento del cáncer de esófago según la etapa

En la mayoría de los casos, el tratamiento inicial del cáncer de esófago se basa en su etapa o estadio (cuán lejos se ha propagado en el cuerpo). Sin embargo, otros factores, como el estado general de la salud de la persona, pueden afectar las opciones de tratamiento. Consulte con su doctor si tiene cualquier pregunta sobre el plan de tratamiento que él o ella recomienda.

Etapa 0

Un tumor en etapa 0 no es un verdadero cáncer. Este contiene células anormales llamadas *displasia de alto grado*, y en realidad es un tipo de precáncer. Las células anormales lucen como células cancerosas, pero se encuentran solamente en la capa interna de células que recubre el esófago (el epitelio). No han crecido hacia las capas más profundas del esófago. A menudo, esta etapa se diagnostica cuando se hace una biopsia de rutina en alguien con esófago de Barrett.

Las opciones de tratamiento habitualmente pueden incluir tratamientos endoscópicos, tal como terapia fotodinámica (PDT), ablación por radiofrecuencia (RFA), o resección mucosal endoscópica (EMR). Después del tratamiento endoscópico, es muy importante el

cuidado posterior a largo plazo y frecuentemente la endoscopia superior para continuar con la detección de células precancerosas (o cáncer) en el esófago.

Otra opción consiste en remover la parte anormal del esófago con una esofagectomía. Esta es una operación compleja, aunque una ventaja de este método consiste en que no requiere cuidado posterior de por vida con endoscopia.

Etapa I

En esta etapa, el cáncer ha crecido hacia algunas de las capas más profundas de la pared del esófago (después de la capa más interna de células), pero no ha alcanzado los ganglios linfáticos ni otros órganos.

Cánceres T1: algunos cánceres en etapas I muy iniciales que afectan sólo un área pequeña de la mucosa y no han crecido hacia la submucosa (tumores T1a) se pueden tratar con resección mucosal endoscópica (EMR), usualmente seguida de algunos tipos de procedimientos endoscópicos para destruir cualquier área anormal remanente en el revestimiento del esófago.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes con cánceres T1 que gozan de buena salud se someten a cirugía (esofagectomía) para remover la parte del esófago que contiene cáncer. Puede que se recomiende quimioterapia y radioterapia (quimiorradiación) después de la cirugía si hay signos de que no se removió todo el cáncer.

Cánceres T2: para pacientes con cánceres que han invadido la muscularis propia (tumores T2), el tratamiento con quimiorradiación a menudo se suministra antes de la cirugía. La cirugía solamente puede ser una opción para tumores más pequeños (menos de 2 cm). Si el cáncer se encuentra en la parte del esófago cercana al estómago, se puede administrar quimioterapia sin radiación antes de la cirugía. El medicamento dirigido trastuzumab (Herceptin) se puede administrar con quimio si el cáncer es HER2 positivo y no se administra radiación.

Si el cáncer se encuentra en la parte superior del esófago (en el cuello), se pudiera recomendar quimiorradiación como tratamiento principal en lugar de cirugía. Esto podría curar el cáncer en algunos pacientes. Resulta muy importante el seguimiento minucioso con endoscopia para detectar posibles signos de que el cáncer está regresando.

Las personas con cánceres en etapa I que no se pueden someter a cirugía debido a que presentan otros problemas de salud graves, o que no quieren someterse a cirugía, podrían ser tratadas con resección mucosal endoscópica (EMR) y ablación endoscópica, quimioterapia, radioterapia, o ambas juntas (quimiorradiación).

Etapas II y III

La etapa II incluye cánceres que han crecido hacia la capa muscular principal del esófago o hacia el tejido conectivo en el exterior del esófago. Esta etapa también incluye algunos cánceres que se han propagado a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.

Los cánceres en etapa III incluyen algunos cánceres que han crecido a través de la pared del esófago hasta la capa exterior, así como cánceres que han crecido hacia los órganos o los tejidos adyacentes. También incluye la mayoría de los cánceres que se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

Para las personas que están lo suficientemente saludables, el tratamiento para estos cánceres frecuentemente consiste en quimiorradiación seguida de cirugía. Los pacientes con adenocarcinoma en el lugar donde el estómago y el esófago se unen (la unión gastroesofágica) a veces se tratan con quimioterapia (sin radiación) seguida de cirugía. El medicamento dirigido trastuzumab se puede administrar con quimio si el cáncer es HER2 positivo y no se administra radiación. La cirugía solamente podría ser una opción para algunos tumores pequeños.

Si la cirugía es el primer tratamiento, se puede recomendar después quimiorradiación, especialmente si el cáncer es un adenocarcinoma o si existen signos de que haya quedado algo de cáncer.

En algunos casos, (especialmente para los cánceres que se encuentran en la parte superior del esófago), se pudiera recomendar quimiorradiación como tratamiento principal en lugar de cirugía. Los pacientes que no se someten a cirugía necesitan seguimiento minucioso con endoscopia para detectar posibles signos de cáncer remanente. Desafortunadamente, aun cuando el cáncer no se puede ver, puede estar presente debajo del revestimiento interno del esófago. Por lo tanto, resulta muy importante el seguimiento minucioso.

Los pacientes que no se pueden someter a cirugía debido a que presentan otros problemas de salud graves usualmente pueden ser tratados con quimiorradiación.

Etapa IV

El cáncer de esófago en etapa IV se ha propagado a ganglios linfáticos distantes o a otros órganos distantes.

En general, estos cánceres son muy difíciles de eliminar completamente. Por lo tanto, la cirugía para tratar de curar este cáncer, por lo general, no es una buena opción. El tratamiento se usa principalmente para ayudar a mantener el cáncer bajo control por el mayor tiempo posible y aliviar cualquier síntoma que esté causando.

Se puede administrar quimioterapia (posiblemente junto con el medicamento dirigido trastuzumab si el cáncer es HER2 positivo) para tratar de ayudar a los pacientes a sentirse mejor y a vivir por más tiempo, aunque el beneficio de administrar quimio no está claro.

La radioterapia u otros tratamientos se pueden usar para ayudar con el dolor o la dificultad al tragar.

Para los cánceres que se originan en la unión gastroesofágica (GE), el tratamiento con el medicamento dirigido ramucirumab (Cyramza) podría ser una opción en algún punto. Este medicamento puede administrarse por sí solo o junto con la quimioterapia.

Algunas personas prefieren no someterse a tratamientos que pueden causar efectos secundarios graves y optan por sólo recibir tratamientos que les ayudarán a estar más cómodas y a mejorar la calidad de sus vidas. Para más información sobre los tratamientos que pudieran ser útiles, lea la sección “Terapia paliativa para el cáncer de esófago”.

Cáncer de esófago recurrente

Cuando un cáncer regresa después del tratamiento, a esto se le llama cáncer *recurrente* o *recaída*. Al cáncer que regresa en o cerca del lugar donde comenzó, se le llama recurrencia *local*. En caso de que el cáncer regrese en los órganos o tejidos distantes (tal como el hígado), se le llama recurrencia a distancia. El tratamiento del cáncer de esófago recurrente depende del lugar donde crece nuevamente, y cómo fue tratado la primera vez.

Si el cáncer fue tratado endoscópicamente al principio (como con resección mucosal endoscópica o terapia fotodinámica), con frecuencia regresa en el esófago. Este tipo de recurrencia a menudo se trata con cirugía para extraer el esófago. Si el paciente no está lo suficientemente saludable como para someterse a cirugía, el cáncer se puede tratar con quimioterapia, radiación, o ambas.

Si el cáncer recurre localmente (como en los ganglios linfáticos adyacentes) después de la cirugía para extraer el esófago, se puede usar radiación, quimioterapia, o ambas. Puede que la radiación no sea una opción si ya se administró como parte del tratamiento inicial. Cuando la quimioterapia se administra antes, usualmente sigue siendo posible administrar más quimioterapia. Algunas veces, los mismos medicamentos que se usaron anteriormente, se administran nuevamente, aunque a menudo se puede usar otros medicamentos. Otras opciones de tratamiento para la recurrencia local después de la cirugía podrían incluir más cirugía u otros tratamientos para ayudar a prevenir o aliviar síntomas.

Si el cáncer recurre localmente después de la quimiorradiación (sin cirugía), la esofagectomía podría ser una opción si la persona está suficientemente saludable. Si no es posible realizar una cirugía, las opciones de tratamiento podrían incluir quimioterapia u otros tratamientos para ayudar a prevenir o aliviar síntomas.

El cáncer de esófago que recurre en distintas partes del cuerpo se trata como un cáncer en etapa IV (lea la sección “Tratamiento del cáncer de esófago según la etapa” para más detalles). Los tratamientos paliativos (la próxima sección) se usan cuando son necesarios. Para obtener más información sobre cómo lidiar con la recurrencia, usted también puede consultar nuestro documento *When Your Cancer Comes Back: Cancer Recurrence*.

Terapia paliativa para cáncer de esófago

La terapia paliativa es tratamiento dirigido a prevenir o aliviar los síntomas en lugar de tratar de curar el cáncer. El objetivo principal de este tipo de tratamiento es mejorar la comodidad y la calidad de vida del paciente.

Se pueden usar varios tipos de tratamientos para ayudar a prevenir o aliviar los síntomas de cáncer de esófago. En algunos casos, se administran junto con otros tratamientos que tienen el objetivo de curar el cáncer. En otros casos, los tratamientos paliativos se administran cuando una cura no es posible.

Dilatación del esófago

Este procedimiento se emplea para estirar un área del esófago que está estrecho o bloqueado para permitir una mejor deglución.

Un dispositivo parecido a un pequeño globo o un dispositivo que tiene forma como de un cilindro se pasa a través de la garganta y se empuja a través de un área estrecha para estirla. Este procedimiento se puede repetir de ser necesario. Antes del procedimiento, puede que su médico le administre un sedante para ayudarle a relajarse y puede que adormezca su garganta al roscarla con un anestésico local.

Existe un pequeño riesgo de sangrado o perforación en el esófago con este procedimiento, lo que podría requerir cirugía u otros tratamientos. El esófago usualmente permanece abierto sólo por aproximadamente unas semanas después de la dilatación; por lo tanto, a menudo le siguen otros tratamientos (como la colocación de un “stent”) para ayudar a mantener abierto el esófago.

Otros procedimientos endoscópicos

Se pueden usar varios tipos de procedimientos endoscópicos para ayudar a mantener abierto el esófago en personas que presentan problemas para tragar. Estas técnicas se describen en la sección “Tratamientos endoscópicos para el cáncer de esófago”. Los procedimientos que se pueden usar incluyen:

- Colocación de una endoprótesis esofágica (stent)
- Terapia fotodinámica
- Electrocoagulación
- Ablación con láser
- Coagulación con plasma de argón

Radioterapia

La radiación de rayos externos a menudo puede ayudar a aliviar algunos de los síntomas del cáncer de esófago avanzado, incluyendo dolor y problemas al tragar. La radiación se usa a menudo para el cáncer que se ha propagado al cerebro o a la columna vertebral, pero también es útil para tratar los problemas al tragar causados por un esófago que está estrecho o bloqueado.

Si un área ha sido tratada más tempranamente con radiación de rayos externos, puede que no se pueda tratar nuevamente de esta manera. En ese caso, la braquiterapia puede ser una opción. La braquiterapia es especialmente útil en ayudar a aliviar un esófago bloqueado (Lea la sección “Radioterapia para el cáncer de esófago” para más detalles).

Quimioterapia y terapia dirigida

Cuando se usa para ayudar a tratar el cáncer avanzado de esófago, la quimioterapia y la terapia dirigida pueden ambas ser consideradas tipos de terapia paliativa porque tienen el propósito de ayudar a desacelerar el crecimiento del cáncer y aliviar síntomas causados por el cáncer, en lugar de tratar de curarlo.

Control del dolor

El control del dolor es una inquietud importante para las personas con cáncer. Existen muchas maneras de tratar el dolor causado por el cáncer. Las personas con cáncer deben informar inmediatamente al equipo de profesionales que atienden el cáncer si tienen dolor. El equipo de profesionales que atienden el cáncer puede proveer medicamentos y otros tratamientos paliativos para aliviar el dolor y otros síntomas. Para más información sobre el control del dolor, por favor consulte el documento Control del dolor: una guía para las personas con cáncer y sus seres queridos.

Apoyo nutricional

La nutrición es otra preocupación para muchos pacientes con cáncer de esófago. El cáncer o su tratamiento podría afectar la forma en que usted traga y los alimentos que puede comer. Un equipo de doctores y nutricionistas puede trabajar con usted para proveerle suplementos nutricionales e información sobre sus necesidades nutricionales particulares.

Es posible que algunas personas que presentan dificultad para tragar necesiten una sonda de alimentación, usualmente llamado tubo de yeyunostomía (o tubo-J), colocado en la primera parte del intestino delgado. Esto se hace a través de un pequeño orificio en la piel sobre el abdomen durante una operación menor. Un tubo-J permite que se administren bebidas nutritivas directamente en el intestino delgado para ayudar a prevenir pérdida de

peso y para mejorar la nutrición. Con menos frecuencia, el tubo se coloca más bien en el estómago, lo que se conoce como *tubo de gastrostomía* o tubo-G.

Más información sobre el tratamiento del cáncer de esófago

Para obtener más detalles sobre las opciones de tratamiento, incluyendo información que no se haya analizado en este documento, la Red Nacional Integral del Cáncer (*National Comprehensive Cancer Network* o NCCN, por sus siglas en inglés) y el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) son buenas fuentes de información.

El NCI, parte del *US National Institutes of Health*, proporciona información sobre tratamiento por teléfono (1-800-4-CANCER) y su sitio Web (www.cancer.gov). Además, ofrece información detallada para el uso de los profesionales en la atención contra el cáncer, las cuales también están disponibles en www.cancer.gov.

La NCCN está integrada por expertos de muchos de los centros del país que son líderes en el tratamiento del cáncer y desarrolla pautas para el tratamiento del cáncer a ser usadas por los médicos en sus pacientes. Estas guías están disponibles en la página Web de la NCCN (www.nccn.org).

¿Qué debe preguntar a su médico sobre el cáncer de esófago?

Es importante que tenga un diálogo sincero y franco con los profesionales de la salud que componen su equipo de atención del cáncer. No tema hacer cualquier pregunta, no importa lo insignificante que podría parecer. A continuación le indicamos algunas preguntas que debe considerar:

- ¿Qué tipo de cáncer de esófago tengo?
- ¿Se ha propagado el cáncer desde el lugar donde se originó?
- ¿En qué etapa se encuentra mi cáncer y qué significa esto en mi caso?
- ¿Necesito otras pruebas antes de poder decidir el tratamiento?
- ¿Necesitaré consultar a otros médicos?
- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Debería buscar una segunda opinión? ¿Puede recomendar a un médico o a un centro de cáncer?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Qué tratamiento(s) me recomienda? ¿Por qué?

- ¿Cuál es el objetivo de cada tratamiento?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que se pueda curar mi cáncer con estas opciones?
- ¿Qué riesgos o efectos secundarios tienen los tratamientos que sugiere? ¿Cuánto tiempo probablemente durarán?
- ¿Afectará el tratamiento mi capacidad para tragar o comer?
- ¿Afectará el tratamiento mi voz?
- ¿Cuán pronto necesito comenzar el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para estar preparado para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se administrará?
- ¿Qué se haría si el tratamiento no surte efecto o si el cáncer regresa?
- ¿Qué tipo de atención médica de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Dónde puedo obtener más información y apoyo?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, es posible que usted quiera más información acerca de los períodos de recuperación, de manera que pueda preparar su plan de trabajo o de actividades. Además, tal vez quiera preguntar sobre los estudios clínicos para los que usted reúna los requisitos de inclusión.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención a la salud, como las enfermeras y los trabajadores sociales, pueden tener las respuestas a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de atención médica en nuestro documento titulado *La comunicación con su médico*.

¿Qué sucede después del tratamiento contra el cáncer de esófago?

Para algunas personas con cáncer de esófago, el tratamiento puede que remueva o destruya el cáncer. Completar el tratamiento puede causarle tanto tensión como entusiasmo. Tal vez sienta alivio de haber completado el tratamiento, aunque aún resulte difícil no sentir preocupación sobre la reaparición del cáncer. Cuando un cáncer regresa después del tratamiento, a esto se le llama *recurrencia*. Ésta es una preocupación muy común en las personas que han tenido cáncer.

Puede que tome un tiempo antes de que sus temores disminuyan. No obstante, puede que sea útil saber que muchos sobrevivientes de cáncer han aprendido a vivir con esta incertidumbre y hoy día viven vidas plenas. Para más información sobre este tema, por favor, remítase a nuestro documento *Living with Uncertainty: The Fear of Cancer Recurrence*.

Para otras personas, puede que el cáncer de esófago nunca desaparezca por completo. Estas personas puede que reciban tratamientos regularmente con quimioterapia, radioterapia, u otras terapias para ayudar a mantener el cáncer en control. Aprender a vivir con un cáncer como si fuera una enfermedad crónica puede ser difícil y muy estresante, ya que tiene su propio tipo de incertidumbre. Nuestro documento *When Cancer Doesn't Go Away* provee más detalles sobre este tema.

Cuidados posteriores

Aun cuando complete el tratamiento, sus médicos tendrán que estar muy atentos a usted. Es muy importante que acuda a todas sus citas de seguimiento. Durante estas visitas, sus médicos preguntarán si tiene síntomas, le examinarán y puede que ordenen análisis de sangre, endoscopia superior o estudios por imágenes, tal como radiografías del tracto gastrointestinal superior, ingesta de bario o estudios CT. Estas pruebas se describen en la sección “¿Cómo se diagnostica el cáncer de esófago?”.

La atención de seguimiento es necesaria para determinar si hay recurrencia o propagación del cáncer, así como posibles efectos secundarios de ciertos tratamientos. Este es el momento de hacer cualquier pregunta al equipo de atención médica, así como de hablar sobre cualquier inquietud que pudiera tener.

Casi todos los tratamientos contra el cáncer tienen efectos secundarios. Algunos de ellos pueden durar de unas pocas semanas a varios meses, pero otros pueden durar el resto de su vida. No dude en hablar con su equipo de atención médica contra el cáncer sobre cualquier síntoma o efecto secundario que le cause molestias para que puedan ayudar a tratarlo.

Resulta muy importante que usted informe de inmediato al médico sobre cualquier síntoma nuevo, especialmente si ellos incluyen dificultad al tragar o dolor en el pecho. El tratamiento temprano puede aliviar muchos síntomas y mejorar su calidad de vida.

También es muy importante mantener un seguro médico. Los estudios y las consultas médicas son costosos y, aunque nadie quiere pensar en el regreso de su cáncer, esto podría ocurrir.

Si el cáncer regresa, el tratamiento dependerá del lugar donde está el cáncer, qué tratamientos ha recibido anteriormente y su condición de salud general. Para más información sobre cómo se trata el cáncer recurrente, consulte la sección “Cáncer de esófago recurrente”. Para obtener más información general sobre cómo lidiar con la

recurrencia, usted también puede consultar nuestro documento *When Your Cancer Comes Back: Cancer Recurrence*.

Ayuda para la dificultad al tragar, nutrición y dolor

Los tratamientos paliativos están dirigidos a ayudar a aliviar los síntomas del cáncer de esófago en lugar de tratar de curar el cáncer. En algunos casos, se emplean junto con otros tratamientos que se enfocan en curar el cáncer, aunque los tratamientos paliativos a menudo se usan en personas con cáncer avanzado para ayudar a mejorar la calidad de sus vidas.

El cáncer de esófago a menudo causa dificultad para tragar, lo que puede causar pérdida de peso y debilidad debido a la pobre nutrición. Un equipo de doctores y nutricionistas puede trabajar con usted para proveerle suplementos nutricionales e información sobre sus necesidades nutricionales particulares. Esto puede ayudar a mantener su peso y consumo nutricional. Para más información y consejos sobre nutrición durante y después del tratamiento del cáncer, lea nuestro documento titulado [Nutrición para la persona durante su tratamiento contra el cáncer: una guía para los pacientes y sus familias](#).

Existen muchas formas para controlar el dolor causado por el cáncer de esófago. Si usted presenta dolor, infórmele de inmediato al equipo de profesionales de la salud que atiende su cáncer, para que ellos puedan proveerle el tratamiento contra el dolor más eficaz lo antes posible. Para más información, lea nuestro documento Control del dolor: una guía para las personas con cáncer y sus seres queridos.

Para más información sobre los tratamientos paliativos, lea la sección “Terapia paliativa para el cáncer de esófago”.

Consultas con un nuevo médico

En algún momento después del diagnóstico y tratamiento del cáncer, es posible que usted tenga que consultar con un médico nuevo, quien desconozca totalmente sus antecedentes médicos. Es importante que usted le proporcione a este nuevo médico los detalles de su diagnóstico y tratamiento. La recopilación de estos detalles durante y poco después del tratamiento puede ser más fácil que tratar de obtenerlos en algún momento en el futuro. Asegúrese de que tenga disponible la siguiente información y que siempre guarde copias para usted:

- Una copia del informe de patología de cualquier biopsia o cirugía.
- Copias de los estudios por imágenes (CT o MRI, etc.) que usualmente se pueden grabar digitalmente (en un DVD, etc.).
- Si se sometió a una cirugía, una copia del informe del procedimiento.

- Si se le admitió en el hospital, una copia del resumen al alta que el médico prepara cuando le envía a su casa.
- Si recibió radioterapia, un resumen del tipo y dosis de radiación, así como el momento y el lugar en donde se administró.
- Si recibió quimioterapia (o terapia dirigida), una lista de sus medicamentos, las dosis de los medicamentos y cuándo los tomó.
- Los nombres y la información de contacto de los médicos que trataron su cáncer.

Cambios en el estilo de vida después del cáncer de esófago

Usted no puede cambiar el hecho de que ha tenido cáncer. Lo que sí puede cambiar es la manera en que vivirá el resto de su vida al tomar decisiones que le ayuden a mantenerse sano y a sentirse tan bien como pueda. Éste puede ser el momento de reevaluar varios aspectos de su vida. Tal vez esté pensando de qué manera puede mejorar su salud a largo plazo. Algunas personas incluso comienzan durante el tratamiento.

Tome decisiones más saludables

Para muchas personas, recibir un diagnóstico de cáncer les ayuda a enfocarse en la salud de formas que tal vez no consideraban en el pasado. ¿Qué cosas podría hacer para ser una persona más saludable? Tal vez podría tratar de comer alimentos más sanos o hacer más ejercicio. Quizás podría reducir el consumo de alcohol o dejar el tabaco. Incluso cosas como mantener su nivel de estrés bajo control pueden ayudar. Éste es un buen momento para considerar incorporar cambios que puedan tener efectos positivos durante el resto de su vida. Se sentirá mejor y además, estará más sano.

Usted puede comenzar a ocuparse de los aspectos que más le inquietan. Obtenga ayuda para aquellos que le resulten más difíciles. Por ejemplo, si está considerando dejar de fumar y necesita ayuda, llame a la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345 para información y apoyo.

Aliméntese mejor

Alimentarse bien puede ser difícil para cualquier persona, pero puede ser aún más difícil durante y después del tratamiento del cáncer. Esto resulta especialmente cierto para los cánceres de esófago. El cáncer o su tratamiento podría afectar la forma en que usted traga o causar otros problemas. Las náuseas pueden ser un problema a raíz de ciertos tratamientos. Tal vez no tenga apetito y pierda peso involuntariamente. Todas estas cosas pueden causar mucha frustración.

Durante el tratamiento: muchas personas pierden peso o presentan problemas con el sentido del gusto durante el tratamiento. Si esto le ocurre, haga lo mejor que pueda en

relación con su alimentación. Coma lo que le apetezca. Coma lo que pueda, cuando pueda hacerlo. Ahora no es el momento de restringir su dieta. Puede que encuentre útil comer porciones más pequeñas entre cada 2 y 3 horas. Trate de recordar que estos problemas usualmente se alivian con el pasar del tiempo. Usted puede pedirle a los especialistas en cáncer que lo atienden que le recomienden a un nutricionista que le puede sugerir ideas sobre cómo combatir algunos de los efectos secundarios de su tratamiento.

Después del tratamiento: muchos pacientes presentan problemas con reflujo después del tratamiento. Puede que ayude permanecer derecho por varias horas después de comer.

En algunos pacientes, el estómago se usó para remplazar todo o parte del esófago. Esto puede significar que el estómago no puede almacenar alimentos para la digestión como lo hacía en el pasado. El alimento que se ingiere pasa rápidamente al intestino, lo que causa síntomas de diarrea sudoración y enrojecimiento después de comer. A esto se le llama *síndrome de vaciamiento rápido*. Puede que esto implique que sea necesario cambiar su alimentación y la manera en que usted se alimenta. Por ejemplo, puede que usted necesite comer cantidades más pequeñas de alimentos con más frecuencia.

Su equipo de profesionales que atienden su salud puede ayudarle a ajustar su dieta si presenta problemas para alimentarse.

Una de las mejores cosas que puede hacer después del tratamiento del cáncer es adoptar hábitos saludables de alimentación. Puede que a usted le sorprendan los beneficios a largo plazo de algunos cambios simples, como aumentar la variedad de los alimentos sanos que consume. Lograr y mantener un peso saludable, adoptar una alimentación sana y limitar su consumo de alcohol puede reducir su riesgo de padecer varios tipos de cáncer. Además, esto brinda muchos otros beneficios a la salud.

Para más información, lea nuestro documento [*Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment: Answers to Common Questions*](#).

Descanso, cansancio y ejercicio

El cansancio extremo, también llamado *fatiga*, es muy común en las personas que reciben tratamiento contra el cáncer. Éste no es un tipo de cansancio normal, sino un agotamiento que a menudo no se alivia con el descanso. Para algunas personas, el cansancio permanece durante mucho tiempo después del tratamiento, y puede que les resulte difícil estar activas y realizar otras cosas que deseen llevar a cabo. No obstante, el ejercicio puede ayudar a reducir el cansancio. Los estudios han mostrado que los pacientes que siguen un programa de ejercicios adaptado a sus necesidades personales se sienten mejor física y emocionalmente, y pueden sobrellevar mejor su situación.

Si estuvo enfermo y no muy activo durante el tratamiento, es normal que haya perdido algo de su condición física, resistencia y fuerza muscular. Cualquier plan de actividad física debe ajustarse a su situación personal. Una persona que nunca se ha ejercitado no podrá hacer la misma cantidad de ejercicio que una que juega tenis dos veces a la

semana. Si no ha estado activo en varios años, usted tendrá que comenzar lentamente. Quizás deba comenzar con caminatas cortas.

Hable con el equipo de profesionales de la salud que le atienden, antes de comenzar. Pregúnteles qué opinan sobre su plan de ejercicios. Luego, trate de conseguir a alguien que le acompañe a hacer ejercicios de manera que no los haga solo. La compañía de familiares o amigos al comenzar un nuevo programa de actividades puede aportarle ese estímulo adicional para mantenerlo en marcha cuando la voluntad no sea suficiente.

Si usted siente demasiado cansancio, necesitará aprender a balancear la actividad con el descanso. Está bien descansar cuando lo necesite. En ocasiones, a algunas personas les resulta realmente difícil darse el permiso de tomar descansos cuando estaban acostumbradas a trabajar todo el día o a asumir las responsabilidades del hogar. Sin embargo, éste no es el momento de ser muy exigente con usted mismo. Esté atento a lo que su cuerpo desea y descanse cuando sea necesario (para más información sobre cómo lidiar con el cansancio, consulte nuestros documentos *Fatigue in People With Cancer* y *Anemia in People With Cancer*).

Tenga en cuenta que el ejercicio puede mejorar su salud física y emocional:

- Mejora su condición cardiovascular (corazón y circulación).
- Junto con una buena alimentación, le ayudará a lograr y a mantener un peso saludable.
- Fortalece sus músculos.
- Reduce el cansancio y le ayuda a tener más energía.
- Ayuda a disminuir la ansiedad y la depresión.
- Le puede hacer sentir más feliz.
- Le ayuda a sentirse mejor consigo mismo.

Además, a largo plazo, sabemos que realizar regularmente una actividad física desempeña un papel en ayudar a reducir el riesgo de algunos cánceres. La práctica regular de actividad física también brinda otros beneficios a la salud.

¿Puedo reducir el riesgo de que mi cáncer de esófago progrese o regrese?

La mayoría de las personas quieren saber si hay cambios de estilo de vida específicos que puedan adoptar para reducir su riesgo de que el cáncer progrese o regrese. Desafortunadamente, para la mayoría de los cánceres existe poca evidencia sólida que pueda guiar a las personas. Sin embargo, esto no implica que no haya nada que no se pueda hacer, sino que en su mayor parte, esto aún no se ha estudiado bien. En la mayoría

de los estudios se analizan los cambios del estilo de vida como una forma de prevenir que aparezca el cáncer en primer lugar, y no tanto para disminuir su progreso o prevenir su regreso.

Actualmente, no se conoce lo suficiente sobre el cáncer de esófago como para indicar con seguridad si existen cosas que usted puede hacer que serían beneficiosas. El consumo de tabaco y alcohol ha sido claramente asociado con cáncer de esófago. Por lo tanto, no fumar ni consumir alcohol puede ayudar a reducir su riesgo. No conocemos con certeza si esto ayudará, pero sí sabemos que puede ayudar a mejorar su apetito y su salud en general. También puede reducir la probabilidad de desarrollar otros tipos de cáncer. Si quiere dejar de fumar y necesita ayuda, llame a su Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345.

Puede que ayude el adoptar comportamientos saludables, tal como una buena alimentación, ejercitarse de forma habitual y mantener un peso saludable, aunque nadie está seguro de esto. Sin embargo, sí sabemos que estos cambios pueden tener efectos positivos en su salud que pueden ser mayores que el riesgo de cáncer.

¿Cómo se podría afectar su salud emocional al tener cáncer de esófago?

Durante y después del tratamiento es posible que se sienta agobiado con muchas emociones diferentes. Esto les sucede a muchas personas.

Puede que se encuentre pensando sobre la muerte, o acerca del efecto de su cáncer sobre sus familiares y amigos, así como el efecto sobre su vida profesional. Quizás este sea el momento para reevaluar sus relaciones con sus seres queridos. Otros asuntos inesperados también pueden causar preocupación. Por ejemplo, tal vez sienta estrés a causa de preocupaciones económicas que surgen a medida que recibe tratamiento. También es posible que las consultas con los médicos sean menos frecuentes después del tratamiento y que tenga más tiempo disponible para usted. Estos cambios pueden causar ansiedad a algunas personas.

Casi todas las personas que tienen o han tenido cáncer pueden beneficiarse de recibir algún tipo de apoyo. Necesita personas a las que pueda acudir para que le brinden fortaleza y consuelo. El apoyo puede presentarse en diversas formas: familia, amigos, grupos de apoyo, iglesias o grupos espirituales, comunidades de apoyo en línea u orientadores individuales. Lo que es mejor para usted depende de su situación y personalidad. Algunas personas se sienten seguras en grupos de apoyo entre pares o en grupos educativos. Otras prefieren hablar en un entorno informal, como la iglesia. Es posible que algunos se sientan más a gusto hablando en forma privada con un amigo de confianza o un consejero. Sea cual fuere su fuente de fortaleza o consuelo, asegúrese de tener un lugar a donde acudir en caso de tener inquietudes.

El cáncer puede ser una experiencia muy solitaria. No es necesario ni conveniente que trate de sobrellevar todo usted solo. Sus amigos y familiares pueden sentirse excluidos si usted no permite que le ayuden. Deje que tanto ellos como cualquier otra persona que usted considere puedan ayudarle. Si no sabe quién puede ayudarle, llame a la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345 y le pondremos en contacto con un grupo o recurso de apoyo que podría serle de utilidad. También puede leer nuestro documento *Distress in People with Cancer* en nuestra página de Internet para obtener más información.

¿Qué ocurre si el tratamiento del cáncer de esófago deja de surtir efecto?

Si el cáncer continúa creciendo o reaparece después de cierto tratamiento, es posible que otro plan de tratamiento sí pueda curar el cáncer, o por lo menos mantenerlo bajo control lo suficiente como para ayudarle a vivir más tiempo y hacerle sentir mejor. Los estudios clínicos también podrían ofrecer oportunidades de intentar tratamientos más recientes que podrían ser útiles. Sin embargo, cuando una persona ha probado muchos tratamientos diferentes y no hay mejoría, puede que incluso los tratamientos más nuevos ya no sean útiles. Si esto ocurre, es importante sopesar los posibles beneficios limitados de tratar un nuevo tratamiento y las posibles desventajas del mismo, incluyendo los efectos secundarios del tratamiento. Cada persona tiene su propia manera de considerar esto.

Cuando llegue el momento en el que usted haya recibido muchos tratamientos y ya nada surta efecto, ésta probablemente sea la parte más difícil de su batalla contra el cáncer. El médico puede ofrecerle nuevas opciones, pero usted necesita considerar que llegará el momento en que sea poco probable que el tratamiento mejore su salud o cambie su pronóstico o supervivencia.

Si quiere continuar recibiendo tratamiento lo más que pueda, es necesario que reflexione y compare las probabilidades de que el tratamiento sea beneficioso con los posibles riesgos y efectos secundarios. Su médico puede estimar la probabilidad de que el cáncer responda al tratamiento que usted esté considerando. Por ejemplo, el médico puede indicar que la probabilidad de que un tratamiento adicional surta efecto es de alrededor de 1 en 100. Aun así, algunas personas sienten la tentación de intentar esto, pero resulta importante tener expectativas realistas si usted opta por este plan.

Atención paliativa

Independientemente de lo que decida hacer, es importante que se sienta lo mejor posible. Asegúrese de que solicite y reciba el tratamiento para cualquier síntoma que pudiese tener, como náusea o dolor. Este tipo de tratamiento se llama *atención paliativa*.

La atención paliativa ayuda a aliviar síntomas, pero no se espera que cure la enfermedad. Se puede administrar junto con el tratamiento del cáncer, o incluso puede ser el

tratamiento del cáncer. La diferencia es el propósito con que se administra el tratamiento. El objetivo principal de la atención paliativa es mejorar su calidad de vida, o ayudarle a sentirse tan bien como usted pueda, tanto tiempo como sea posible. Algunas veces, esto significa que se usarán medicamentos para ayudar a aliviar los síntomas, como el dolor o la náusea. En ocasiones, sin embargo, los tratamientos usados para controlar sus síntomas son los mismos que se usan para tratar el cáncer. Por ejemplo, la radiación u otros tratamientos podrían usarse para ayudar a reducir el tamaño de un tumor y evitar que bloquee el esófago. No obstante, esto no es lo mismo que recibir tratamiento para tratar de curar el cáncer.

Atención de hospicio

Es posible que en algún momento se beneficie de un programa de cuidados paliativos (hospicio). Ésta es una atención especial que trata a la persona más que a la enfermedad, enfocándose más en la calidad de vida que en la duración de la vida. La mayoría de las veces, esta atención se proporciona en casa. Es posible que el cáncer esté causando problemas que requieran atención, y un programa de cuidados paliativos se enfoca en su comodidad. Usted debe saber que aunque la atención de una institución para el cuidado de enfermos terminales a menudo significa el final de los tratamientos, como quimioterapia y radiación, no significa que usted no pueda recibir tratamiento para los problemas causados por el cáncer u otras afecciones de salud. En un programa de cuidados paliativos, el enfoque de su atención está en vivir la vida tan plenamente como sea posible y que se sienta tan bien como usted pueda en esta etapa difícil. Puede obtener más información sobre un programa de cuidados paliativos en nuestro documento *Hospice Care*.

Mantener la esperanza también es importante. Es posible que su esperanza de cura ya no sea tan clara, pero aún hay esperanza de pasar buenos momentos con familiares y amigos, momentos llenos de felicidad y de sentido. Una interrupción en el tratamiento contra el cáncer en este momento le brinda la oportunidad de renfocarse en lo que es más importante en su vida. Ahora es el momento de hacer algunas cosas que usted siempre deseó hacer y dejar de hacer aquellas que ya no desea. Aunque el cáncer esté fuera de su control, usted aún tiene opciones.

¿Cómo obtener más información?

Usted puede aprender más sobre los cambios que ocurren cuando el tratamiento curativo deja de surtir efecto, así sobre planes y preparaciones para usted y su familia en nuestros artículos [Cáncer avanzado](#) y [Cuando el final está cerca](#). Puede leer esta información en Internet o puede llamarnos 1-800-227-2345 para solicitar que le enviemos una copia gratis por correo.

¿Qué avances hay en la investigación y el tratamiento del cáncer de esófago?

En muchos centros médicos, hospitales universitarios y otras instituciones en todo el mundo se están llevando a cabo investigaciones sobre la causa, la prevención y el tratamiento del cáncer de esófago.

Genética

Las investigaciones han encontrado que ciertas variantes genéticas son más comunes en personas con esófago de Barrett. Esto podría llevar a nuevas pruebas para detectar temprano el esófago de Barrett y cáncer de esófago en personas que están propensas a padecer los mismos, de modo que estos problemas puedan ser prevenidos. El entendimiento de estos cambios también puede conducir a nuevas terapias dirigidas que superen los efectos de estos genes anormales.

Detección y prevención

En las últimas décadas, la tasa de adenocarcinomas del esófago ha aumentado repentinamente. Se están haciendo esfuerzos por reducir la obesidad, un factor de riesgo importante para esta forma de cáncer (y también para otros tipos de cáncer).

En las personas con esófago de Barrett, los investigadores están tratando de determinar si las pruebas más nuevas pueden indicar cuáles pacientes son más propensos a padecer cáncer. Esto puede ayudar a los médicos a determinar cuáles pacientes necesitan atención de seguimiento intensa y cuáles pueden ser examinados con menos frecuencia.

Además, los investigadores están buscando las maneras de ayudar a evitar que las células de Barrett se conviertan en precáncer o cáncer. Actualmente, los medicamentos, como los inhibidores de la bomba de protones y la aspirina, se están estudiando para este propósito.

Tratamiento

Cirugía

Los médicos están usando estudios por imágenes más nuevos y otras pruebas para determinar mejor qué personas tienen más probabilidades de beneficiarse de la esofagectomía, y qué personas tienen menos probabilidades de beneficiarse de esta operación mayor.

Además, los médicos están constantemente mejorando las técnicas quirúrgicas usadas para tratar el cáncer de esófago con el objetivo de que estas operaciones sean más seguras y ayudar a los pacientes a recuperarse más rápidamente de la cirugía.

Quimioterapia

En muchos estudios se están probando nuevas formas de combinar los medicamentos de quimioterapia que ya se sabe actúan contra el cáncer de esófago para tratar de mejorar su eficacia. En otros estudios se están probando mejores vías para combinar la quimioterapia con la radioterapia.

Los investigadores también buscan determinar si pueden examinar las proteínas en el interior de las células cancerosas del esófago para saber si es probable o no que el cáncer responda a la quimioterapia. Esto es importante porque muchas personas reciben quimioterapia y radiación como parte del tratamiento inicial, a menudo antes de la cirugía. Saber si es probable que el cáncer de una persona responda a la quimioterapia podría ayudar a los médicos a seleccionar la mejor opción de tratamiento.

Medicamentos dirigidos

Los medicamentos dirigidos, los cuáles atacan ciertas sustancias en las células cancerosas son útiles en algunos otros cánceres y en la actualidad se prueban en el cáncer de esófago. Por ejemplo, el medicamento trastuzumab (Herceptin) interfiere con una proteína en las células cancerosas del esófago, llamada HER2, la cual les ayuda a crecer y a propagarse. Solo una pequeña porción de cánceres de esófago (principalmente adenocarcinomas) tienen demasiada de esta proteína, pero este medicamento puede ayudar a tratar estos cánceres.

Actualmente, también se están estudiando muchos otros medicamentos dirigidos para combatir el cáncer de esófago.

Recursos adicionales relacionados con el cáncer de esófago

Más información de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Contamos con cierto material informativo relacionado con estos temas que también puede ayudarle. Estos materiales pueden consultarse en nuestro sitio Web, o solicitarse llamando a nuestra línea gratuita al 1-800-227-2345.

Cómo lidiar con el diagnóstico y el tratamiento

[Después del diagnóstico: una guía para los pacientes y sus familias](#)

[Health Professionals Associated With Cancer Care](#)

La comunicación con su médico

[Nutrición para la persona con cáncer durante el tratamiento: una guía para los pacientes y sus familiares](#)

[Cómo enfrentar el cáncer en la vida diaria](#)

Cómo vivir con cáncer

La atención del paciente con cáncer en el hogar: una guía para los pacientes y sus familiares

Distress in People With Cancer

Control del dolor: una guía para las personas con cáncer y sus seres queridos

[La ansiedad, el miedo y la depresión](#)

Living With Uncertainty: The Fear of Cancer Recurrence

When Your Cancer Comes Back: Cancer Recurrence

Cómo entender los tratamientos del cáncer

[Cirugía para el cáncer: una guía para los pacientes y sus familias](#)

Quimioterapia: una guía para los pacientes y sus familias

Radioterapia: una guía para los pacientes y sus familias

Photodynamic therapy

Lasers in Cancer Treatment

Clinical Trials: What You Need to Know

Tratamiento de los efectos secundarios del cáncer

[Náusea y vómito](#)

[Anemia in People With Cancer](#)

Fatigue in People With Cancer

Peripheral Neuropathy Caused by Chemotherapy

Inquietudes de los familiares y de las personas encargadas del cuidado de los pacientes

Cómo hablar con sus familiares y amigos sobre su caso de cáncer

What It Takes to Be a Caregiver

Apoyo a los niños cuando un familiar tiene cáncer: cómo afrontar el diagnóstico

Trabajo, seguro médico y asuntos financieros

Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer

Working During Cancer Treatment

Returning to Work After Cancer Treatment

Cuando el tratamiento no surte efecto

When Cancer Doesn't Go Away

Cuando el final está cerca

Hospice Care

Su Sociedad Americana Contra El Cáncer también cuenta con libros que podrían ser de su ayuda. Llámenos al 1-800-227-2345 o visite nuestra librería en línea en cancer.org/bookstore para averiguar los costos o hacer un pedido.

Organizaciones nacionales y sitios en Internet*

Además de la Sociedad Americana del Cáncer, otras fuentes de información y de apoyo incluyen:

Esophageal Cancer Awareness Association (ECAA)

Línea telefónica gratuita: 1-800-601-0613

Sitio Web: www.ecaware.org

Ofrece información de personas que tienen o han tenido cáncer de esófago sobre cómo lidiar con asuntos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, supervivencia y apoyo.

Instituto Nacional del Cáncer

Línea telefónica gratuita: 1-800-4-CANCER (1-800-422-6237)

TTY: 1-800-332-8615

Sitio Web: www.cancer.gov

Ofrece una amplia variedad de información actualizada, precisa y gratuita sobre el cáncer a los pacientes, sus familias y al público en general; también puede ayudar a las personas a encontrar estudios clínicos en su área.

National Coalition for Cancer Survivorship

Teléfono sin cargo: 1-888-650-9127

Sitio Web: www.canceradvocacy.org

Provee publicaciones sobre muchos temas relacionados con el cáncer; también ofrece el *Cancer Survival Toolbox* (un programa gratis que enseña destrezas que pueden ayudar a las personas con cáncer a lidiar con los retos de la enfermedad).

**La inclusión en esta lista no implica la aprobación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.*

Independientemente de quién sea usted, nosotros le podemos ayudar. Contáctenos en cualquier momento, durante el día o la noche, para obtener información y apoyo. Llámenos al 1-800-227-2345 o visítenos en www.cancer.org.

Referencias: guía detallada del cáncer de esófago

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2015*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015.

American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010:103-111.

Burmeister BH, Smithers BM, GebSKI V, et al. Surgery alone versus chemoradiotherapy followed by surgery for resectable cancer of the oesophagus: A randomised controlled phase III trial. *Lancet Oncol*. 2005;6:659–668.

Chak A, Chen Y, Vengoechea J, et al. Variation in age at cancer diagnosis in familial versus nonfamilial Barrett's esophagus. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21:376–383.

Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/, based on November 2012 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2013.

Kantor ED, Onstad L, Blount PL, Reid BJ, Vaughan TL. Use of statin medications and risk of esophageal adenocarcinoma in persons with Barrett's esophagus. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21:456–461.

Kastelein F, Spaander MC, Biermann K, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and statins have chemopreventative effects in patients with Barrett's esophagus. *Gastroenterology*. 2011;141:2000–2008.

Kleinberg L, Kelly R, Yang S, Wang JS, Forastiere AA. Chapter 74 – Cancer of the Esophagus. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2014.

Kushi LH, Doyle C, McCullough M, et al. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:30–67.

Lagergren J, Lagergren P. Recent developments in esophageal adenocarcinoma. *CA Cancer J Clin*. 2013;63:232–248.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Esophageal Cancer Treatment. 2013. Accessed at www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/esophageal/HealthProfessional on January 21, 2014.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. V.2.2013. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf on January 21, 2014.

Nguyen DM, Richardson P, El-Serag HB. Medications (NSAIDs, statins, proton pump inhibitors) and the risk of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus. *Gastroenterology*. 2010;138:2260–2266.

Oppedijk V, van der Gaast A, van Lanschot JJ, et al. Patterns of recurrence after surgery alone versus preoperative chemoradiotherapy and surgery in the CROSS trials. *J Clin Oncol*. 2014 Jan 13. [Epub ahead of print]

Posner MC, Minsky B, Ilson DH. Cancer of the esophagus. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2011:887-923.

Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. *N Engl J Med*. 2009;360:2277-2288.

Shan W, Lassen N, Johnson C, et al. A proprietary multianalyte test for predicting extreme resistance to neoadjuvant 5-FU based chemoradiation (CTRT) in esophageal adenocarcinoma (EC). *J Clin Oncol*. 2014 (suppl 3; abstr 51).

Spechler SJ. Barrett esophagus and risk of esophageal cancer: A clinical review. *JAMA*. 2013;310:627–636.

The Esophageal Adenocarcinoma Genetics Consortium; The Wellcome Trust Case Control Consortium 2, Su Z, Gay LJ, Strange A, et al. Common variants at the MHC

locus and at chromosome 16q24.1 predispose to Barrett's esophagus. *Nat Genet.* 2012;44:1131–1136.

van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med.* 2012;366:2074-2084.

Wang KK, Sampliner RE; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:788–797.

Last Medical Review: 5/19/2014

Last Revised: 1/9/2015

2014 Copyright American Cancer Society

For additional assistance please contact your American Cancer Society

1-800-227-2345 or www.cancer.org