

Cáncer de esófago (I): Valoración epidemiológica, clínica y diagnóstica según el tipo histológico

Torramadé, J. R.; Hernández-Lizoain, J. L.; Benito, C.; Pardo, F.; Zornoza, G.; de Villa, V.; Díez-Caballero, A., y Cienfuegos, J. A.

Departamento de Cirugía General. Clínica Universitaria de Navarra. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

SUMMARY

From 1975 to 1991, sixty-eight patients were treated with surgery for esophageal cancer at the Clinica Universitaria de Navarra. This study involves an analysis of epidemiologic and predisposing risk factors in relation with the histologic type of tumor: epidermoid carcinoma vs. adenocarcinoma. The difference in mean age of males (60,5 yrs.) as compared with that of females (48,7 yrs.) was statistically significant ($p < 0,05$). Likewise, the mean age of patients with epidermoid carcinoma (57,8 yrs.) was significant lower ($p < 0,01$) as compared with that of those with adenocarcinoma (66,3 yrs.). Smoking and alcoholism were common in the group of patients with epidermoid carcinoma, while Barrett's esophagus and hiatal hernia were frequently seen in patients with adenocarcinoma. Dysphagia was the most frequent symptom both at the start of disease (75%) and with the diagnosis established (96,7%). There was no significant difference in the symptomatology of patients with one type of tumor or the other.

The efficacy of ancillary diagnostic procedures such as barium swallow, esophagoscopy, computerized tomography and biopsy were likewise assessed. The most frequent site of tumor was at the middle third, with majority of patients being at clinical stage 1-2 of disease at the time of diagnosis.

KEY WORDS

Cancer of the esophagus, epidemiology.

RESUMEN

Entre los años 1975 y 1991, sesenta y ocho pacientes fueron intervenidos por cáncer de esófago en la Clínica Universitaria de Navarra. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar factores epidemiológicos y predisponentes en relación con el tipo histológico del tumor: carcinoma epidermoide y adenocarcinoma. La diferencia en la edad media del grupo de varones (60,5 años) y el de mujeres (48,7 años) ha sido estadísticamente significativa ($p < 0,05$), y lo mismo ha ocurrido ($p < 0,01$) al comparar tumor epidermoide (57,8 años) con adenocarcinoma (66,3 años). El tabaquismo y la concomitancia de éste con el alcohol han sido más frecuentes en el grupo de pacientes con carcinoma epidermoide, mientras que el esófago de Barrett y la hernia de hiato lo

han sido en los enfermos con adenocarcinoma ($p < 0,05$). La disfagia ha sido el síntoma más frecuentemente referido en la anamnesis, tanto en el inicio del cuadro (75%) como en la clínica establecida (96,7%). No se han hallado diferencias en la sintomatología entre los pacientes con tumor epidermoide frente a los de adenocarcinoma.

Se han evaluado también los resultados de las pruebas practicadas para el diagnóstico de la enfermedad y de su extensión: tránsito esofágico, endoscopia, tomografía computerizada (TC) y muestras para estudio anatomopatológico, confirmándose la validez e importancia de todas ellas. La localización tumoral más frecuente ha sido a nivel del tercio medio (45,6%) y en estadio clínico (DeMeester y Barlow) 1-2 han sido clasificados el 63,2% de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de esófago, epidemiología, cáncer epidermoide.

INTRODUCCION

El cáncer de esófago constituye el 1,5% de las neoplasias en general y el 7% de todos los tumores del conducto digestivo (1), lo que le sitúa en el cuarto lugar tras los de localización colorrectal y gástrica.

La incidencia del cáncer de esófago es de 2,5-5/100.000 varones y 1,5-2,5/100.000 mujeres (2). La variación geográfica es muy importante, presentando algunas regiones de Irán, China y de la antigua Unión Soviética una incidencia superior a 100/100.000 habitantes, mientras que en países como Israel o Hungría no alcanza 2/100.000 habitantes (3, 4). La incidencia calculada para España, tomada la población de Tarragona como muestra, es de 5,2 y 0,4/100.000 en varones y mujeres respectivamente (4).

Durante el periodo 1975-1991 han sido intervenidos por nuestro departamento 1.065 pacientes que presentaban una neoplasia del tubo digestivo. De ellos, el 6,4 % tenían origen en esófago, el 45,7% en estómago, y el resto, 47,9%, en colon y recto.

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar las neoplasias de esófago intervenidas en nuestro servicio, clasificándolas por su histología en adenocarcinoma o carcinoma escamoso, y centrándonos en los aspectos epidemiológicos, sintomáticos y diagnósticos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudian 68 enfermos intervenidos durante el periodo antes citado en la Clínica Universitaria de Navarra, por presentar cáncer de esófago, excluyendo los tumores de localización cardial.

Se efectúa un análisis descriptivo de la serie, analizando de forma retrospectiva distintos factores epidemiológicos y predisponentes dependiendo del tipo histológico del tumor,

así como la sintomatología de comienzo y de la enfermedad establecida. Se valoran los medios diagnósticos empleados: tránsito baritado esófago-gástrico, endoscopia, citología, biopsia y tomografía computerizada (TC) toraco-abdominal, y con ellos se realiza el estadiaje preoperatorio siguiendo la clasificación clínico-diagnóstica de DeMeester y Barlow (1988) (5).

El estudio estadístico se ha realizado con el programa Stat-View utilizando el test de X^2 y de la U de Mann-Whitney para la comparación de frecuencias, y el Análisis de la Varianza con el test de Scheffe para la comparación de medias.

RESULTADOS

Sesenta y ocho pacientes fueron incluidos en este estudio de los que sesenta y tres eran varones (92,6%) y cinco mujeres (7,4%). Cincuenta y tres pacientes (77,9%) presentaron un carcinoma epidermoide, mientras que el resto fueron diagnosticados de adenocarcinoma (22,1%). La media de edad fue de 59,8 años, con unos límites entre 38 y 79 años. Esta varió según el tipo de tumor, 57,8 años en el tumor epidermoide y 66,3 años en el adenocarcinoma ($p < 0,01$) y el sexo, 60,5 años en varones y 48,7 años en mujeres ($p < 0,05$) (tabla I). En la sexta y séptima décadas de la vida se encontraron la mayoría de los enfermos (69,1%) (gráfica I).

La disfagia fue el síntoma más frecuentemente referido como inicio del cuadro (75%), seguida por el dolor (20,6%), con una media de demora diagnóstica de 5,5 meses y un rango de 1 a 39 meses (tabla II).

Entre los antecedentes personales de los pacientes, el 84% de ellos fumaban y el 74,5% refirieron ingesta etílica habitual, ambas características concurren en el 68,6%. El tabaquismo, hábito alcohólico y la asociación de ambos fueron más frecuentes entre los pacientes con carcinoma epidermoide que entre los de adenocarcinoma.

De los quince enfermos diagnosticados de adenocarcinoma, todos ellos varones, siete presentaban hernia de hiato (46,6%) y en cuatro se conocía la existencia de esófago de Barrett (26,6%). Dos pacientes presentaban acalasia (2,9%), siendo ambos diagnosticados de carcinoma epidermoide (tabla III).

Un paciente presentaba antecedente de tumor maligno de amígdala dos años antes y tres más de otro tumor del tubo digestivo (un tumor carcinoide gástrico, un adenocarcinoma de la misma localización y un adenocarcinoma de colon), dos de ellos sincrónicamente al de esófago. Un cuarto paciente, intervenido por carcinoma epidermoide de esófago, desarrolló seis años después un adenocarcinoma gástrico.

La sintomatología y resultados de la exploración física de los enfermos viene expresada en la tabla IV, destacando la elevada frecuencia de disfagia (96,7 %). Ninguno de los parámetros estudiados, al compararlos según el tipo de tumor, presentó diferencias con significación estadística. Al correlacionar dicha sintomatología con el estadiaje tumoral postquirúrgico, se halló que sólo la astenia, anorexia y pérdida de peso -cuadro paraneoplásico- eran estadísticamente significativos al comparar estadios iniciales con enfermedad avanzada ($p < 0,05$).

El 89,3 % de los pacientes presentaron un stop parcial en el estudio del tránsito esofágico, el impedimento al paso del contraste se consideró total en el 3,6% y el 7,1% no presentaron stop. La endoscopia reveló stop parcial en el 42,3 % de los enfermos y total en el 51,9%, en el 5,7% de los pacientes no se halló estrechez al paso del endoscopio (tabla IV). El aspecto endoscópico del tumor fue vegetante en el 58,1% de los casos, ulcerovegetante en el 34,9% y ulcerado en el 7,0%.

La tomografía computerizada (TC), se realizó en 37 enfermos (54,4%) y se informó de no invasión en veintiséis casos (70,2 %), invasión local en cinco (13,5%), metástasis en cuatro (10,8%) e invasión local y metástasis en dos casos (5,4%) (tabla V).

El diagnóstico fue de malignidad en el 91,1% de las citologías realizadas y en el 90,5 % de las biopsias.

El tumor se localizó en esófago cervical en un solo caso (1,5%), y el resto en esófago torácico: seis casos en tercio superior (8,8%), treinta y uno en tercio medio (45,6%) y treinta en tercio inferior (44,1%) (gráfica 2). Todos los adenocarcinomas se localizaron en el tercio inferior salvo uno situado en tercio medio.

Fueron clasificados en estadio preoperatorio 1-2 el 63,2 % de los pacientes, en estadio 3 el 13,2% y en estadio 4 el 8,8%. En el 14,7% de los casos no fue posible determinar el estadio (tabla VI).

DISCUSION

El porcentaje del cáncer de esófago en nuestra serie es del 6,4% de las neoplasias digestivas intervenidas, resultado similar al señalado en diversos estudios epidemiológicos (6-9). Dividiendo el periodo de tiempo global en tres intervalos, hasta 1979, de 1980 a 1985 y de 1986 a 1991, hemos constatado la estabilidad de la frecuencia relativa del cáncer de esófago, 6,6, 6,2 y 6,5% respectivamente, mientras que el cáncer de estómago ha ido descendiendo desde el 69% del primer periodo al 33,1% del último. En cuanto al cáncer colorrectal, que representaba el 24,4% en 1975-1979, ha ido aumentando paulatinamente alcanzando el 44,5 % en el segundo periodo y situándose en el 60,4% en los últimos años. La tendencia en estos años es, en resumen, al incremento del cáncer colorrectal, el descenso del gástrico y el mantenimiento en el de esófago.

La incidencia del cáncer de esófago es, por regla general, mayor en el sexo masculino. La relación hombres/mujeres oscila de 1:1 a 20:1 según distintos autores y la zona geográfica estudiada (10). En nuestra serie dicha proporción ha sido de 12,6:1, y aunque superior a la de la mayoría de las publicadas sobre población española 6-8, es equiparable a la señalada para nuestro país por la International Agency for Research on Cancer (3).

La media de edad y su distribución ha sido similar a la de grandes series revisadas (9, 11-13), así como el hecho de que la enfermedad haya aparecido en edad más temprana en el grupo de mujeres (12). Los pacientes con un carcinoma escamoso también han presentado una media de edad más joven que los que han desarrollado un adenocarcinoma.

La incidencia del adenocarcinoma en el contexto del cáncer primario de esófago se sitúa entre el 0,8 y el 15 %, con un promedio del 8% (11, 14-18). Este porcentaje ha sido superior en nuestra serie, 22,1% pese a haber seguido los criterios de Raphael et al. (11), para excluir las neoplasias de la unión gastroesofágica. Aún con esta salvedad, coincidimos con otros autores en localizar la mayoría de los adenocarcinomas en el tercio esofágico inferior (18).

La importancia de factores exógenos como el tabaco y el alcohol en el desarrollo del carcinoma epidermoide está en la actualidad fuera de toda duda (19-23). Al comparar estos datos según el tipo histológico de la neoplasia, hemos hallado una diferencia estadísticamente significativa para el tabaquismo ($p < 0,05$) y para la asociación de tabaco y alcohol ($p < 0,01$), no así para el hábito alcohólico ($p = 0,08$) pese a existir una patente diferencia de porcentaje.

En nuestra serie hemos encontrado asociación de adenocarcinoma con esófago de Barrett en el 26,6% de los casos. Aunque es controvertido el papel de lesión precancerosa del mismo, es sabido que en el momento del diagnóstico el 12-15% de los esófagos de Barrett se asocian con un adenocarcinoma (24-28). Otro factor etiológico relacionado es la hernia de hiato (15), hallándola en nuestros enfermos en el 46,6 % de los adenocarcinomas por sólo en el 9,4% de los epidermoides.

El tumor epidermoide se desarrolla, según distintas series, entre el 1,7% y el 8,2% de los pacientes con acalasia (5, 29). En nuestra serie hemos hallado dos enfermos con dicha patología, lo que representa el 3,8 % de los diagnosticados de carcinoma escamoso.

El 75 % de los pacientes han presentado disfagia como inicio de la enfermedad y hasta el 96,7% durante su curso, valores similares a los de otros autores (30-32). Según Akiyama (12), este síntoma es el más frecuente en los casos avanzados (80 %) y su presentación, prácticamente constante, justificaría el estudio para despistaje a todo paciente con él, aún en ausencia de otra sintomatología (30, 33).

En el apartado de sintomatología, las únicas diferencias estadísticamente significativas que hemos hallado han sido al comparar astenia, anorexia y pérdida de peso entre el estadio IV y los demás. Dicha correlación y el hecho de que la pérdida de peso sea el segundo síntoma en frecuencia, da idea del estado de la enfermedad en el momento del diagnóstico y de la importancia de la asociación cuadro paraneoplásico-estadio avanzado (30, 34).

El tránsito baritado, la endoscopia y la TC son las exploraciones capitales en la evaluación de estos enfermos. La primera permite la medición del tamaño del tumor (35) y correlacionar los hallazgos radiológicos con el crecimiento extraesofágico del tumor siguiendo los criterios propuestos por Akiyama (36); la segunda ofrece también la posibilidad de medir el tamaño y además ver el grado de obstrucción, tipo de crecimiento y la toma de muestras para estudio anatomopatológico (37); y la tercera, aporta el dato de infiltración por vecindad y de extensión a distancia de la neoplasia (35, 38).

Hemos encontrado una diferencia importante en la valoración del grado de obstrucción según éste se determinara por tránsito o endoscopia. Ello es debido a la distinta

valoración del término total según el método diagnóstico. En el primer caso se ha considerado así sólo cuando el impedimento al paso del contraste ha sido prácticamente completo, mientras que la imposibilidad de sobrepasar el tumor por el endoscopio flexible ha sido suficiente en el segundo. Veintitrés de los treinta y siete pacientes en los que se realizó TC recibieron tratamiento preoperatorio con radioterapia sola o asociada a quimioterapia. La modificación sufrida por la tumoración tras este tratamiento ha hecho imposible valorar la efectividad de la TC con los datos aportados por la pieza quirúrgica.

La localización más frecuente del tumor epidermoide en las series revisadas (9, 12, 13, 31), ha sido en el tercio medio del esófago torácico seguida por el tercio distal. En nuestra experiencia la distribución ha sido similar, representando el 56,6% y el 30,2% de los casos respectivamente. El adenocarcinoma, por el contrario, asienta preferentemente en el tercio distal (18). Así ha ocurrido en nuestros pacientes, con catorce casos en tercio inferior y uno en tercio medio.

CORRESPONDENCIA

J. R. Torramadé
Departamento de Cirugía General
Clínica Universitaria de Navarra
Facultad de Medicina
Universidad de Navarra
Avda. Pío XII, s/n
Apdo. 192
31080 Pamplona

BIBLIOGRAFÍA

1. Cutler SJ y Devesa SS. Trends in cancer incidence and mortality in the USA. En: Doll R, Vodopija I (eds.): Host Environment Interactions in the Etiology of cancer in Man. Lyon, France, World Health Organization International Agency For Research Cancer, 1973.
2. Dunham LJ y Bailar JC. World maps of cancer mortality rates and frequency ratios. *J Natl Cancer Inst* 1968; 41: 155-203.
3. Dat NE y Muñoz N. Esophagus. In: Shottenfeld D, Fraumeni JF (eds): *Cancer Epidemiology and Prevention*. Philadelphia. WB Saunders, 1982, 596-623.
4. IARC (International Agency for Research on Cancer) Geneva: *Cancer Incidence in Five Continents*. 1988, Vol V.
5. DeMeester TR y Barlow AP. Surgery and current management for cancer of the esophagus and cardia: part I. *Curr Probl Surg* 1988; 25: 477-531.
6. Silla Criado J, Martí Beltrán A, Sabater Pons A y Sánchez Buenaventura J. Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad y morbilidad por cáncer de esófago en España en el periodo 1951-1979. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1986; 70(6): 565-568.

7. Ruiz Liso JM, Sanz Anquela JM, Alfaro Torres J, García Pérez M.a A, Moros García M y Rodríguez Manzanilla L. Tendencias de mortalidad por neoplasias de aparato digestivo. Soria, 1950-1985. *Rev Esp Enf Digest* 1990; 77(1): 3-13.
8. Plasencia Taradach A y Borrell Thió C. Mortalidad por cáncer digestivo en un área urbana mediterránea (Barcelona 1983-1987). *Rev Esp Enf Digest* 1990; 78(3): 115-121.
9. Rosenberg JC, Lichter AS y Leichman LP. Cancer of the Esophagus. En: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (eds): *Cancer: principles & practice of Oncology*. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1989; pp. 725-764.
10. Hebrero San Martín J. Epidemiología del cáncer de esófago. *Cir Esp* 1989; XLV (1): 3-9.
11. Raphael HA, Ellis HF Jr y Dockerty MB. Primary Adenocarcinoma of the Esophagus: 18 year Review and Review of Literature. *Ann Surg* 1966; 164 (5): 785-796.
12. Akiyama H. *Surgery for Cancer of the Esophagus*. John N. Gardner (ed). Williams & Wilkins, Baltimore, 1990.
13. Miller C. Carcinoma of thoracic oesophagus and cardia. A review of 405 cases. *Br J Surg* 1962; 49: 507-522.
14. Turnbull ADM y Goodner JL. Primary adenocarcinoma of the esophagus. *Cancer* 1968; 22: 915-918.
15. Cederqvist C, Nielsen J, Berthelsen A et al. Adenocarcinoma of the esophagus. *Acta Chil. Scand* 1980; 146: 411-415.
16. Collis JL. Surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardia. *Br J Surg* 1971; 58: 801-804.
17. Scicchitano LP y Comishion RC. Primary adenocarcinoma of the esophagus. *A171 J Surg* 1962; 104: 531-533.
18. Bosch A, Frias Z y Caldwell WL. Adenocarcinoma of the esophagus. *Cancer* 1979; 43: 1557-1561.
19. Wynder EL y Bross LE A study of etiological factors in cancers of the esophagus. *Cancer* 1961; 14: 389-413.
20. Tuyns AJ, Péquignot G y Jensen OM. Le cancer de l'oesophage en Ile-et-Vilaine en fonction des niveaux de consommation de l'alcool et de tabac. Des risques qui se multiplient. *Bull Cancel. (París)* 1977; 64: 45-60.
21. Tuyns AJ, Péquignot G y Abbaticci JS. OEsophageal cancer and alcohol consumption: Importance of the type of beverage. *Int J Cancer* 1979; 23: 443-447
22. Schottenfeld D. Alcohol as a cofactor in the etiology of cancer. *Cancer* 1979; 43: 1962-1966.
23. Tollefson L. The use of epidemiology, scientific data and regulation authority to determine risk factors in cancer of some organs of the digestive system. 2: Esophageal cancer. *Regid Toxicol Pharmacol* 1985; 5: 255-275.
24. Siewert R, Weiser HF, Lepsien et al. Endobrachyoesophagus und adenocarcinom der speiseröhre. *Chirurg* 1979; 50: 675-680.
25. García Mancilla JA, Parrilla Paricio P, Ortiz Escandell MA, Martínez de Haro LF, Aguado Albasini JL, Molina Martínez J y Rodríguez Bermejo M. Esófago de Barrett: Datos epidemiológicos y riesgo de malignización. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1989; 76: 419-423.
26. Ferrando J y Reig G. El esófago de Barrett como lesión precancerosa. *Rev Esp Enf Digest* 1991; 80(2): 83-86.

27. Sarr MG, Hamilton SR, Marrone GC et al. Barrett's esophagus: its prevalence and association with adenocarcinoma in patients with symptoms of gastrointestinal reflux. *Am J Surg* 1985; 149: 187-193.
28. Haggitt RC, Tryzelaar J, Ellis FH et al. Adenocarcinoma complicating columnar epithelium-lined (Barrett's) esophagus. *Am J Clin Pathol* 1978; 70: 1-5.
29. Wychulis AR, Woola GL, Anderson HA et al. Achalasia and carcinoma of the esophagus. *JAMA* 1971; 215: 1638-1641.
30. Barajas Martínez JM, Loeches Prado N y Alcalá-Santaella R. Carcinoma esofágico primario: presentación clínica y valoración de los métodos diagnósticos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1986; 70(3): 211-213.
31. García Bengoechea M, Cosme Jiménez A, Diago Ferrero A, Arriola Manchola JA, Alzate Sáez de Heredia LF y Damiano Rivero A. Cáncer de esófago. Aspectos clínicos y diagnósticos de una serie de 50 casos. *Rev Clin Esp* 1978; 149(5): 451-455.
32. McKeown KC. Clinical presentation of carcinoma of the oesophagus. *J R Coll Surg Edinb* 1986; 31: 199-206.
33. Pope CE. Tumors of the esophagus. *Gastrointestinal disease. Pathophysiology. Diagnosis. Management.* En: Sleisenger WH and Fordtran JS (eds). Saunders Company. Philadelphia, 1983; 479-490.
34. Ojala K, Borri M, Jodinen K et al. Symptoms and diagnostic in patients with carcinoma of esophagus and gastric cardia. A retrospective study of 225 patients. *Postgraduate Medical Journal* 1982; 58: 264-267.
35. Salvador Fernández-Mensaque L, Segarra Medrano A, Conill Llobet C y Armengol Miró JR. Diagnóstico por la imagen del carcinoma esofágico. *Cir Esp* 1989; XLV (1)26-36.
36. Akiyama H, Kogure T e Itay Y. The esophageal axis and its relationship with the resecability of carcinoma of the esophabus. *Ann Surg* 1972; 176: 30-36.
37. Miquel Collell JM. Utilidad de la endoscopia en el diagnóstico de tumores malignos del esófago. *Cir Esp* 1989; XLV (1): 17-25.
38. Botet JF, Lightdale CJ, Zauber AG, Gerdes H, Urmacher C y Brennan MF. Preoperative staging of esophageal cancer: Comparison of endoscopic US and Dynamic CT. *Radiology* 1991; 181: 419-425.

Tabla 1. Edad media de los pacientes según sexo y tipo histológico del tumor.				
	Varones	Mujeres	Epidermoide	Adenocarcinoma
Edad	60,5	48,7*	57,8	66,3**
* p < 0,05 ** p < 0,01				

Tabla 2. Síntoma más precoz referido en la anamnesis		
	N.º pac.	%
Disfagia	51	75,0
Dolor	14	20,6
Anorexia	2	2,9
Regurgitación	1	1,5

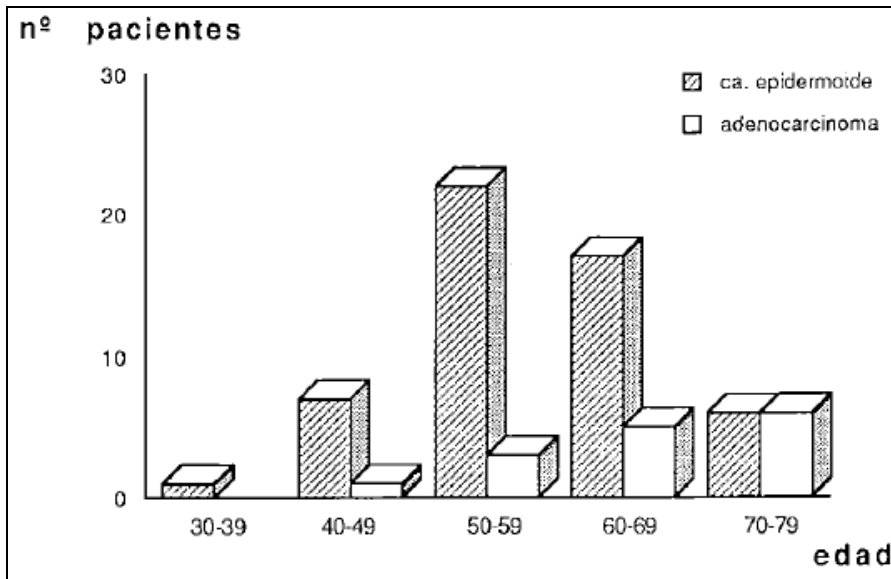
Tabla 3. Relación de los antecedentes personales de los pacientes			
	Ca. epidermoide (%)	Adenocarcinoma (%)	Total (%)
Tabaco	89,5	66,7*	84,0
Alcohol	80,5	54,5	74,5
Tabaco+Alcohol	77,5	36,4**	68,6
Esof. de Barrett	3,8	26,6*	8,8
Hernia de hiato	9,4	46,6**	17,6
Acalasia	3,8	—	2,9
Ca. ORL-pulmón .	1,9	—	1,5
Otro tumor digest.	3,8	6,6	4,4
* p < 0,05 ** p < 0,01			

Tabla 4. Sintomatología clínica y exploración física			
	Ca. epidermoide (%)	Adenocarcinoma (%)	Total (%)
Disfagia	95,6	100,0	96,7
Dolor	72,7	50,0	67,2
Sialorrea	12,8	7,7	11,5
Halitosis	2,7	7,7	4,0
Regurgitación	12,5	15,4	13,2
Tos	8,1	7,7	8,0
Disfonia	5,4	—	4,0
Astenia	34,1	28,6	32,7
Anorexia	48,8	46,7	48,2
Dism. de peso	67,4	69,2	67,8
Hepatomegalia	28,2	23,0	26,9
Ascitis	2,6	—	1,9

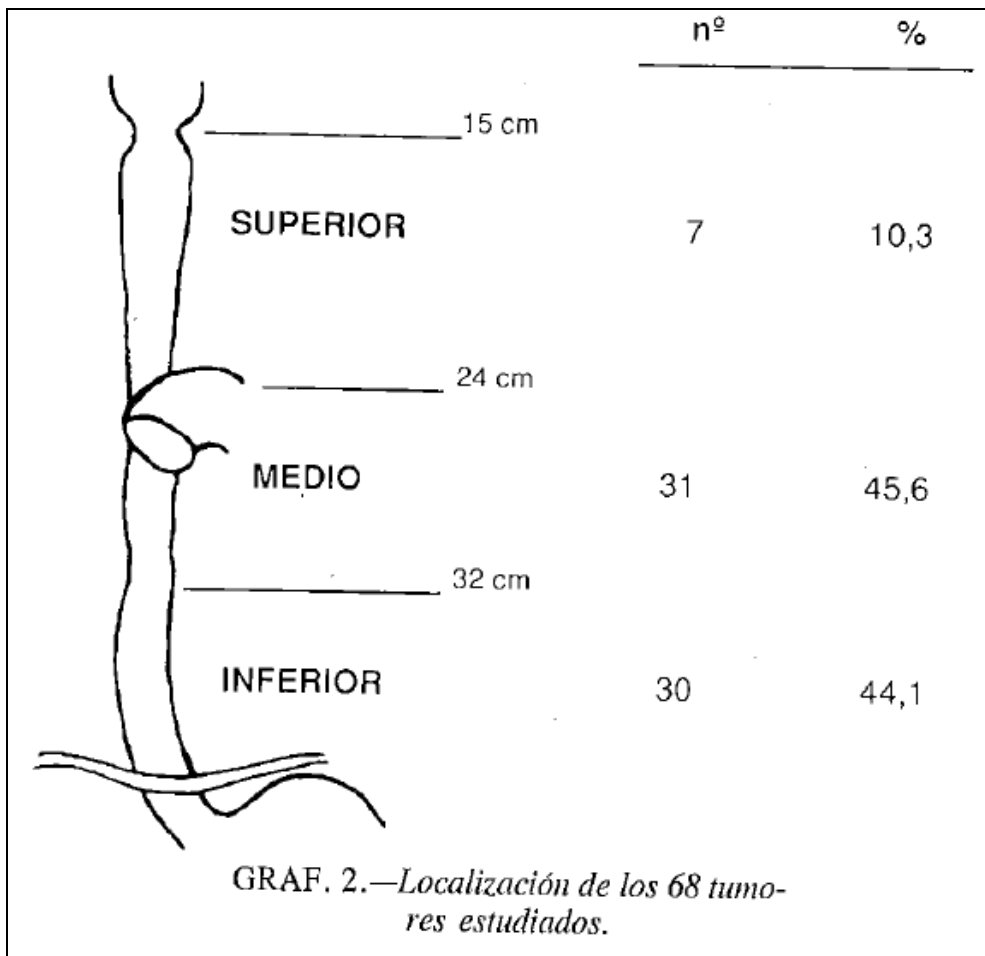
Tabla 5. Resultados de las exploraciones efectuadas			
	Non stop	Stop parcial	Stop total
Tránsito esofag	7,1	89,3	3,6
Esofagoscopia	5,7	42,3	51,9
Tomografía computerizada	No invasión		70,2 %
	Invasión local		13,5 %
	Metástasis		10,8 %
	Inv. local + Mts.		5,4 %
Anatomía patológica	Citología maligna		91,1 %
	Biopsia maligna		90,5 %

Tabla 6. Estadíaje preoperatorio

Localización	Estadio	Nº pac.	%
Esóf. Cervical	3	1	1,5
Esóf. Torácico	1-2	43	63,2
	3	8	11,7
	4	6	8,8
	desconoc.	10	14,7



Graf. 1. Edad según el tipo histológico del tumor.



Graf. 2. Localización de los 68 tumores estudiados.