



CANCER DE ESOFAGO

I- INTRODUCCION

En muchas regiones del mundo el cáncer de esófago es una importante causa de mortalidad tumoral. En las series de mortalidad publicadas por el Instituto Segi de Japón en 1982, el Uruguay aparece en primer lugar en el sexo masculino, con una tasa ajustada de 14.80. Y en tercer lugar en el sexo femenino, con una tasa de 4.00 por 100.000. Esta ubicación realza la importancia de esta localización tumoral en nuestro país. Actualmente la tasa ajustada de mortalidad es de 9.67 casos por 100.000 en hombres y 2.57 casos por 100.000 en mujeres, ocupando todavía un lugar entre las cinco primeras causas de muerte por cáncer.

La conducta epidemiológica de este cáncer es muy singular ya que se observan grandes diferencias en la incidencia dentro de pequeñas zonas geográficas e importantes cambios en la incidencia a través del tiempo, lo que está hablando del rol predominante de los factores ambientales en la génesis de este cáncer.

El cáncer de esófago está vinculado etiológicamente al tabaquismo y al alcoholismo y probablemente a factores nutricionales, tanto en el sentido causal como protector. En el Uruguay hemos estudiado la importancia del mateísmo como factor en las causas de esta enfermedad.

El cáncer de esófago es un cáncer de elevada mortalidad, aún en países desarrollados, y el énfasis se pone más en la prevención, dado el conocimiento de sus factores causales, que en la detección precoz, cuyos resultados, para mejorar la sobrevida, son discutibles.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTES

- 1- Tabaco y alcohol** – El alcoholismo y el tabaquismo se consideran factores de riesgo para el cáncer de esófago. Al parecer, el grado de riesgo depende de la interacción de ambos factores.

Por otra parte, algunos grupos religiosos que no fuman ni beben como los Adventistas del 7º día, tienen tasas bajas de cáncer de esófago.

En varios estudios epidemiológicos se ha podido demostrar un mayor riesgo con el consumo de bebidas destiladas, como el whisky, que para la cerveza y el vino. Tan es así que Italia, con un elevado consumo de vino, tiene tasas bajas de cáncer de esófago. Lo mismo pasa en países consumidores de cerveza como Checoslovaquia, Bélgica y Australia, donde también las tasas son bajas.

Se conoce, además, que el riesgo declina 10 o más años después de haber dejado de beber.

En suma, hay un efecto sinérgico entre el alcohol y el tabaco, y el riesgo relativo se acrecienta con el aumento del alcohol y del tabaco consumido.

- 2- Bebidas y comidas calientes** – Desde hace tiempo se conoce que la irritación térmica sensibiliza a la mucosa esofágica y facilita la acción de los cancerígenos.

Para probar esta aserción se han realizado numerosos estudios epidemiológicos. En las zonas de alto riesgo del norte de Irán, donde existían tasas elevadas de cáncer de esófago, se comprobó que el té se bebía a mayor temperatura que en las zonas de bajo riesgo. Lo mismo sucede en zonas de Siberia donde se beben bebidas muy calientes. En Uruguay hemos realizado un trabajo caso-control, publicado por el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, donde se encontró una elevación del riesgo con el consumo de mate caliente.

B- OTROS

- 3- Deficiencias nutricionales** - Se ha publicado un exceso de cáncer de esófago en enfermos con disfagia sideropénica. También se ha señalado que las deficiencias en riboflavina, tiamina, piridoxina y vitamina C actúan como predisponentes de la enfermedad.
- 4- Nivel socio económico** – El cáncer de esófago integra el grupo de localizaciones tumorales que predominan en los grupos poblacionales de bajos ingresos. En estos grupos, las dietas carenciadas, especialmente con bajo contenido de hierro, podrían estar desempeñando el papel principal.
- 5- Lesiones premalignas** – Algunas lesiones esofágicas como las displasias, las leucoplasias y las esofagitis crónicas, se consideran como premalignas, pero todavía no se pudo obtener una evidencia comprobatoria de esta aserción.
- 6- Sexo y Raza** – En EEUU la enfermedad ocurre predominantemente en hombres, existiendo una relación de 3 a 1. Hemos comprobado que en el Uruguay también se mantiene dicha relación.

En cuanto a la raza en EEUU se ha advertido un aumento de las tasas entre la población negra, sobre todo urbana. Para el Uruguay la escasez de población negra impide hacer conclusiones.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

La prevención primaria radica en el control de los factores exógenos consideradas de riesgo, especialmente el control del alcoholismo y del tabaquismo. Al mismo tiempo se debe combatir el hábito de tomar bebidas demasiado calientes, como el té, el mate, etc. El mantener una buena nutrición con el aporte vitamínico necesario, es la otra condición para la prevención primaria.

Las posibilidades de la detección precoz no parecen alentadoras, teniendo poco efecto para disminuir la mortalidad.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E..- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.