National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer esofágico



Gracias al apoyo de

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Disponible en Internet en NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y corregida todos los años.

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para el cáncer esofágico y de la unión esofagogástrica, versión 3.2026, 3 de junio de 2026.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

Quiénes nos apoyan

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Transformamos la atención oncológica compleja en un acompañamiento confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.

EC Aware

Esophageal Cancer Awareness Association (ECAA), que opera bajo el nombre de EC Aware

La ECAA es una organización sin fines de lucro, reconocida como 501(c)(3), compuesta por voluntarios y con cuatro objetivos fundamentales: crear conciencia entre el público y los profesionales sobre el cáncer esofágico; educar a la población acerca de los riesgos y síntomas de este tipo de cáncer; contribuir con la investigación para su detección, tratamiento y cura; y brindar apoyo personal a los pacientes, cuidadores y seres queridos. +1 1.800.601.0613



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del cáncer esofágico

9 Capítulo 2
Acerca del esófago

14 Capítulo 3
Pruebas para detectar el cáncer esofágico

27 Capítulo 4
Estadificación del cáncer esofágico

37 Capítulo 5
Tipos de tratamiento

53 Capítulo 6
Adenocarcinoma

64 Capítulo 7
Carcinoma de células escamosas

72 Capítulo 8
Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico

81 Capítulo 9
Tratamiento complementario

87 Capítulo 10
Supervivencia

92 Capítulo 11
Otros recursos

96 Palabras que debe conocer

101 Colaboradores de NCCN

102 Centros oncológicos de NCCN

104 Índice

©2026 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados.

NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite NCCN.org/patients.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1
Acerca del cáncer esofágico

5 ¿Qué es el cáncer esofágico?

6 ¿Cómo se extiende el cáncer esofágico?

6 ¿Cuáles son los factores de riesgo?

6 ¿Cuáles son los signos y síntomas?

7 ¿Cómo se trata el cáncer esofágico?

8 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

El cáncer esofágico es un tipo de cáncer que afecta al esófago. Esta guía para pacientes proporciona información actualizada sobre estudios, estadios y tratamiento del cáncer esofágico para permitirle tomar decisiones informadas junto con su equipo de atención médica.

¿Qué es el cáncer esofágico?

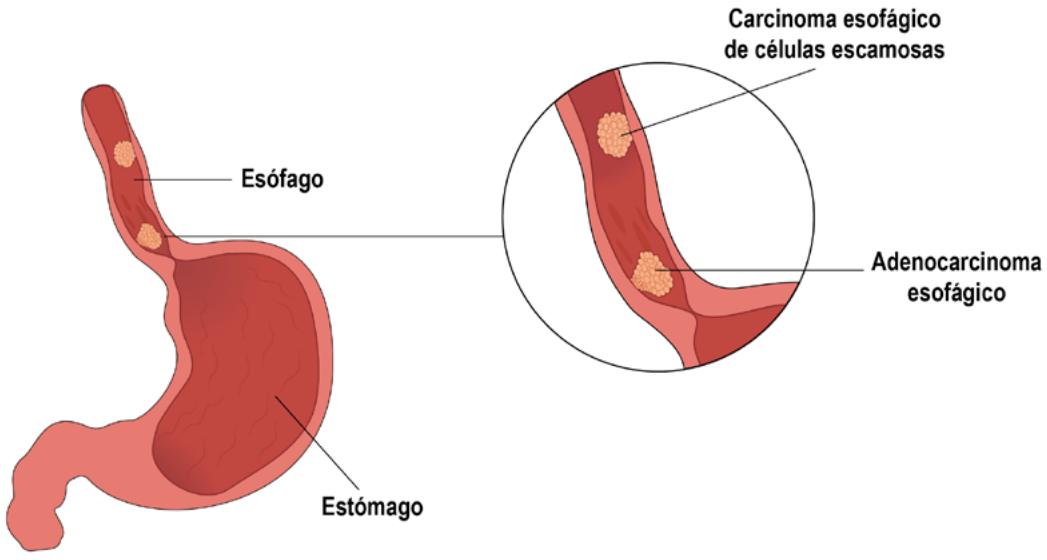
Para comprender qué es el cáncer esofágico, resulta útil saber dónde comienza.

El esófago es un tubo muscular largo que transporta los alimentos desde la boca y la garganta hasta el estómago. También se lo conoce como tubo digestivo. El cáncer esofágico comienza cuando las células con genes dañados crecen de manera descontrolada y forman un tumor en la capa más interna del esófago, denominada mucosa. El tumor puede crecer hacia el interior y a través de las capas del esófago, y puede extenderse a los ganglios linfáticos (pequeñas estructuras con forma de frijol del sistema inmunitario que combaten enfermedades) y a otras partes del cuerpo. Consulte el siguiente capítulo para ver una ilustración de las capas del esófago.

Hay 2 tipos de cáncer esofágico:

- **Adenocarcinoma**, que comienza en las células que producen mucosidad en la mucosa. Suele localizarse en la parte inferior del esófago, aunque también puede aparecer en la parte media. En la actualidad, el adenocarcinoma es el tipo más frecuente de cáncer esofágico en América del Norte y Europa.
- **Carcinoma de células escamosas**, que se origina en las células escamosas delgadas y planas de la mucosa. Este tipo de cáncer suele comenzar en las partes superior y media del esófago, aunque también puede aparecer en la parte inferior. El carcinoma de células escamosas es el tipo más común de cáncer esofágico en el resto del mundo.

Tipos de cáncer esofágico



Esófago de Barrett

El esófago de Barrett (EB) es una afección relacionada con el adenocarcinoma. El daño crónico causado por el ácido debido al reflujo o a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) hace que las células que recubren la parte inferior del esófago se vuelvan anormales (muten). Esto puede causar el esófago de Barrett. Si no se trata, las células pueden seguir cambiando (mutando) y creciendo de forma descontrolada, y así producir lo que se conoce como displasia. La displasia es una afección precancerosa. En algunos casos, puede convertirse en adenocarcinoma.

¿Cómo se extiende el cáncer esofágico?

El cáncer esofágico tiende a desarrollarse lentamente durante muchos años. Antes de hacerlo, suelen producirse cambios precancerosos en el revestimiento interno (mucosa) del esófago. Estos tipos de cáncer forman tumores que crecen hacia afuera (así como hacia arriba y abajo), atraviesan o se extienden por las capas de la pared esofágica. Como estos cambios iniciales rara vez causan síntomas, suelen pasar desapercibidos.

A medida que crece, el cáncer esofágico puede extenderse (hacer metástasis) a los ganglios linfáticos cercanos, que se encuentran justo fuera del esófago. También puede extenderse mucho más hasta llegar a vasos y ganglios linfáticos, vasos sanguíneos, venas, arterias y órganos distantes, como el hígado, los huesos, los pulmones y el cerebro, así como a otras partes del cuerpo.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

El factor de riesgo aumenta las probabilidades de padecer una enfermedad. Entre los factores de riesgo del cáncer esofágico se incluyen el tabaquismo, el consumo de alcohol y antecedentes familiares de esta enfermedad. Si presenta alguno de estos factores de riesgo, no significa que tendrá cáncer esofágico. Simplemente significa que podría ser más probable porque aumentan la posibilidad de daño en las células del revestimiento del esófago.

Estos son los principales factores de riesgo:

- Sexo masculino asignado al nacer
- Edad avanzada (mayor de 55 años)
- Consumo de tabaco
- Consumo excesivo de alcohol
- ERGE (reflujo ácido crónico)
- Esófago de Barrett (en el caso del adenocarcinoma)
- Obesidad
- Ciertas afecciones genéticas poco frecuentes

¿Cuáles son los signos y síntomas?

En estadio temprano, el cáncer esofágico rara vez provoca síntomas. Sin embargo, cuando el cáncer se ha extendido y ha alcanzado estadios más avanzados, los síntomas pueden ser los siguientes:

- Dificultad para tragar (disfagia)
- Dolor al tragar
- Aparición o agravamiento de acidez estomacal o indigestión
- Dolor de pecho y espalda

- Tos crónica
- Tos con sangre
- Vómitos o heces con sangre (heces oscuras)

Otros síntomas

- Pérdida de peso no intencional
- Ronquera o cambios en la voz
- Anemia (baja cantidad de glóbulos rojos que puede causar debilidad y cansancio extremo)

¿Cómo se trata el cáncer esofágico?

Para obtener información sobre el tratamiento, esta guía se divide según los tipos de cáncer esofágico: adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas. Lea el Capítulo 6 si tiene adenocarcinoma y el Capítulo 7 si tiene carcinoma de células escamosas. En estos 2 capítulos, también se describen el cáncer en estadio temprano y localmente avanzado.

Para obtener más información sobre el tratamiento de ambos tipos de cáncer en caso de que reaparezca (lo que se conoce como recidiva) o se haya extendido lejos del lugar donde comenzó (metástasis), lea el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

Por lo general, el tratamiento se basa en el tipo, el estadio, la ubicación del tumor y la profundidad del cáncer esofágico, así como en el estado de salud de la persona con cáncer.

El cáncer esofágico suele tratarse con cirugía, quimioterapia o quimiorradiación (una combinación de quimioterapia y radioterapia). La quimiorradiación es menos frecuente, pero su uso depende del estadio del cáncer y de cuánto se haya extendido. Por ejemplo, como el cáncer esofágico en estadio 4 se ha extendido lejos del lugar donde comenzó, la cirugía no es una opción en la fase temprana del tratamiento, pero la quimiorradiación o la quimioterapia sí podrían serlo.

Los estadios del cáncer esofágico se pueden agrupar en las siguientes 3 categorías principales, según de cuánto se haya extendido el cáncer:

- El cáncer esofágico en **estadio temprano** no ha crecido más allá del interior del esófago. El tumor puede ser muy pequeño (2 centímetros o menos, aproximadamente el tamaño de un maní) y no afecta a los ganglios linfáticos.
- El cáncer esofágico **localmente avanzado** ha invadido la pared esofágica o se ha extendido a los ganglios linfáticos u órganos cercanos, o bien está en contacto directo con el esófago.
- El cáncer esofágico **metastásico** se ha extendido a otras partes del cuerpo. Los sitios más comunes de metástasis son el hígado, los ganglios linfáticos distantes, los pulmones, los huesos y el cerebro. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudarle esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. Esta guía utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer formuladas por expertos respetados en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones y las prácticas más recientes de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lea esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

2
Acerca del esófago

10 Cómo funciona el esófago

10 Las capas de la pared esofágica

11 Partes del esófago

13 Ganglios linfáticos cercanos

13 Puntos clave

13 Preguntas para hacer

Si sabe cómo funciona el esófago, podrá comprender mejor el cáncer esofágico. En este capítulo, se explica lo que necesita saber.

Cómo funciona el esófago

El esófago se encuentra detrás de la tráquea (conducto respiratorio) y delante de la columna vertebral. Es parte del aparato digestivo. Este aparato toma y descompone los alimentos, absorbe nutrientes y elimina los alimentos digeridos del cuerpo. Incluye el esófago, el estómago, el hígado, el páncreas, el intestino delgado, el colon, el recto y el ano.

Los alimentos y las bebidas entran por la boca y la garganta. Luego, llegan al estómago a través del esófago. Al tragar, los alimentos se mueven y pasan del esófago al estómago gracias a las pequeñas contracciones (llamadas peristaltismo), la gravedad y la presión. El esófago suele estar vacío, excepto al momento de tragar.

Es un órgano que mide aproximadamente 25 cm de largo y cerca de 2,5 cm de ancho. Cuenta con 2 esfínteres: músculos circulares que suelen permanecer cerrados, excepto al tragar. Un esfínter se encuentra en la parte superior del esófago y el otro en la parte inferior, entre el esófago y el estómago.

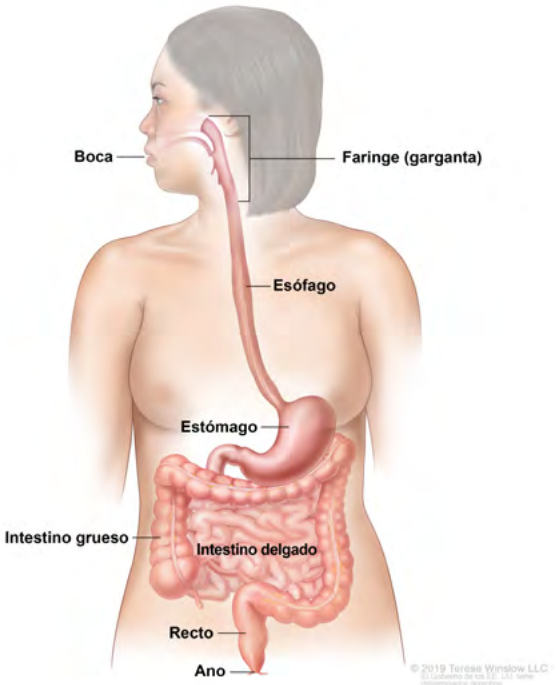
Las capas de la pared esofágica

El esófago es un tubo muscular hueco que conecta la garganta con el estómago. Su pared tiene 4 capas:

1. **Mucosa**: membrana interna que está en contacto con los alimentos. La mucosa tiene 3 partes:

El tubo digestivo

El tracto gastrointestinal (GI) o tubo digestivo forma parte del aparato digestivo. El alimento ingresa por la boca y pasa a través del esófago hasta el estómago. Después de degradarse hasta formar un líquido, los alimentos ingresan en el intestino delgado. Los alimentos no utilizados pasan al intestino grueso y, luego, el cuerpo los expulsa.



- Epitelio: revestimiento más interno compuesto normalmente por células planas y delgadas llamadas células escamosas.
- Lámina propia: capa fina de tejido conectivo que se encuentra debajo del epitelio.
- Capa muscular de la mucosa: capa muscular muy fina situada debajo de la lámina propia.

2. **Submucosa**: capa de tejido conjuntivo situada justo debajo de la mucosa, que contiene vasos sanguíneos, nervios y vasos linfáticos. En algunas partes del esófago, esta capa también incluye glándulas que secretan moco.

3. **Capa muscular propia**: capa muscular gruesa situada debajo de la submucosa. Se contrae de forma coordinada para hacer pasar el alimento por el esófago, desde la garganta hasta el estómago (peristaltismo).

4. **Adventicia**: capa más externa, compuesta de tejido conjuntivo.

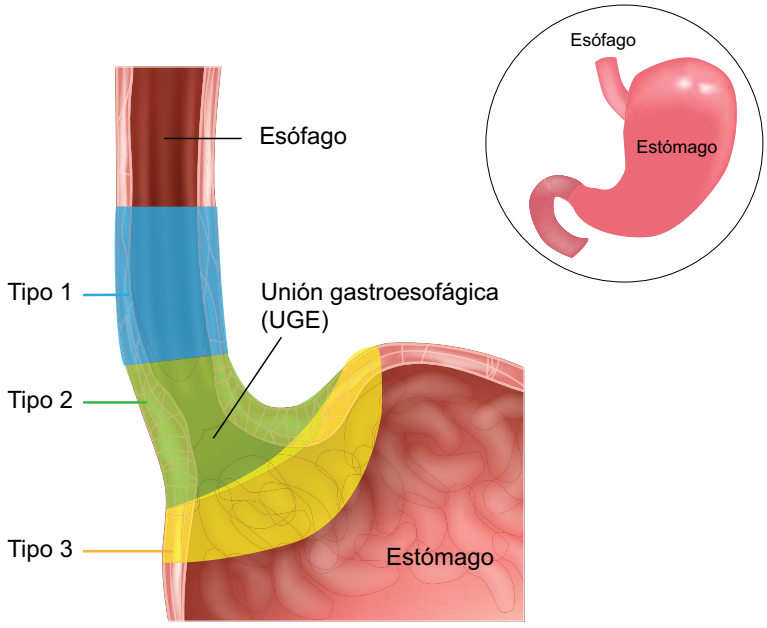
Para ver una ilustración de la pared esofágica, consulte el *Capítulo 4*: *Estadificación del cáncer esofágico*.

Partes del esófago

La ubicación donde se desarrolla el cáncer en el esófago determina el tipo, la estadificación y la clase de cirugía, así como la facilidad con la que el cáncer se extiende. El cáncer esofágico puede desarrollarse en cualquier parte del esófago, pero es más frecuente en las partes superior y media (carcinoma de células escamosas) y en la parte inferior (adenocarcinoma). Según la zona específica donde se desarrolle el cáncer en la unión gastroesofágica (UGE), este podría tratarse como cáncer esofágico o cáncer de estómago. A continuación, se explica cada una de las partes.

Tipos de Siewert

Los tipos de Siewert describen los tumores ubicados en la zona del esófago cerca del estómago. Los tipos 1 y 2 del sistema de Siewert se tratan como cáncer esofágico. El tipo 3 del sistema Siewert se trata como cáncer de estómago. Hay algunas excepciones.



Parte superior del esófago (esófago cervical)

Esta parte se encuentra en el cuello y abarca desde la zona inferior de la garganta (la faringe) hasta el esternón (abertura torácica). La parte superior del esófago está compuesta por músculo estriado. El músculo estriado genera fuerza y se contrae. Su control es voluntario.

Parte media del esófago (esófago torácico)

La parte media del esófago baja por detrás de la tráquea y el corazón, y por delante de la columna vertebral. Está compuesto por una mezcla de músculo estriado y músculo liso.

Parte inferior del esófago (UGE)

Esta es la parte inferior del esófago. Está compuesta únicamente por músculo liso. El control del músculo liso no es voluntario. Funciona de manera involuntaria, como un reflejo.

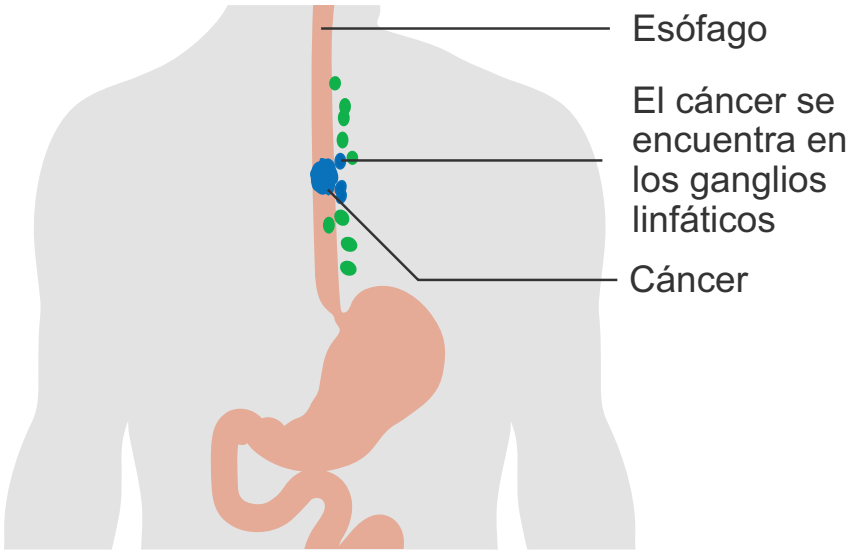
La unión gastroesofágica (UGE), también llamada unión esofagogástrica (UEG), es el punto donde se encuentran el estómago y el esófago. La UGE se sitúa justo debajo del diafragma. Impide que el ácido del estómago pase al esófago. El cáncer de la UGE se estadifica según la ubicación del tumor, con el sistema de clasificación de Siewert (consulte la página 11). Esto determina si se trata de cáncer esofágico o cáncer de estómago. Los tipos 1 y 2 del sistema de Siewert se tratan como cáncer esofágico (específicamente, adenocarcinoma). El tipo 3 del sistema Siewert se trata como cáncer de estómago. Consulte más información sobre el cáncer de estómago en *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de estómago* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Ganglios linfáticos regionales

Es posible encontrar un tumor en cualquier parte del esófago. También puede haber cáncer en los ganglios linfáticos situados en todo el esófago.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Diagram_showing_oesophageal_cancer_in_the_lymph_nodes_(N_staging)_CRUK_174.svg



Ganglios linfáticos cercanos

En todo el cuerpo, hay cientos de ganglios linfáticos. Forman parte del sistema inmunitario y filtran bacterias, virus y algunas células cancerosas. La linfa, un líquido transparente que contiene glóbulos blancos que combaten las infecciones, circula por todo el sistema linfático. Fluye desde la pared del esófago hacia los vasos linfáticos en la mucosa y la submucosa. Desde allí, circula hacia los ganglios linfáticos que se encuentran fuera del esófago. Hay varios grupos de ganglios linfáticos cercanos que drenan la pared del esófago.

Los ganglios linfáticos cerca del esófago se denominan ganglios linfáticos regionales. El cáncer en los ganglios linfáticos regionales se llama metástasis de los ganglios linfáticos y se considera un tipo de cáncer con extensión regional o localmente avanzado. Es diferente de la metástasis a distancia, que se encuentra lejos del tumor principal del esófago.

Puntos clave

- El esófago se encuentra detrás de la tráquea (conducto respiratorio) y delante de la columna vertebral. Es parte del aparato digestivo.
- La pared del esófago tiene 4 capas principales: mucosa, submucosa, capa muscular propia y adventicia.
- El lugar donde comienza el cáncer en el esófago determina el tipo, la estadificación, la clase de cirugía y la facilidad con la que se extiende el cáncer.
- El cáncer puede desarrollarse en cualquier parte del esófago, pero es más frecuente en las partes superior y media (carcinoma de células escamosas) y en la parte inferior (adenocarcinoma).
- La linfa se drena desde la pared esofágica hacia los vasos linfáticos en la mucosa y la submucosa del esófago.

Preguntas para hacer

- ¿Hasta dónde llegó el cáncer en la pared del esófago?
- ¿El cáncer que tengo alcanzó los ganglios linfáticos fuera del esófago?
- ¿Qué tipo de tratamiento recibiré?
- ¿Qué puedo hacer para controlar los síntomas actuales?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que ya sabe cómo funcionan el esófago y los ganglios linfáticos circundantes, podrá comprender mejor su tratamiento del cáncer. Lea el siguiente capítulo para obtener más información sobre las pruebas que necesita antes de comenzar el tratamiento.

3

Pruebas para detectar el cáncer esofágico

15 Pruebas médicas generales

17 Estado funcional

18 Evaluación nutricional

18 Análisis de sangre

18 Estudios de diagnóstico por imágenes

20 Procedimientos de endoscopia

21 Biopsia

22 Análisis de riesgo genético

23 Pruebas de biomarcadores

26 Puntos clave

26 Preguntas para hacer

Deberá realizarse pruebas para identificar correctamente el tipo y estadio del cáncer esofágico, así como para determinar si se ha extendido y hasta dónde. Con esta información, usted y su equipo de atención médica hablarán sobre los siguientes pasos del tratamiento. En este capítulo, se presenta una descripción general de las pruebas que puede realizarse y qué puede esperar.

Los resultados de las distintas pruebas permiten guiar el tratamiento del cáncer esofágico. No va a necesitar todas las pruebas que se mencionan aquí, pero es posible que tenga que realizarse varios estudios antes de comenzar el tratamiento. Para conocer las posibles pruebas, consulte la **Guía 1**. En las siguientes páginas encontrará más información sobre estas pruebas.

Pruebas médicas generales

Antecedentes médicos

Los antecedentes médicos, a veces llamados historia clínica, son un registro de todos los problemas de salud y tratamientos que ha tenido durante su vida. Prepárese para enumerar todas las enfermedades o lesiones que ha tenido y cuándo ocurrieron.

Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos suplementos interactúan con los medicamentos que su equipo de atención médica puede recetarle y los afectan.

Informe al equipo de atención médica sobre cualquier síntoma que tenga. Los antecedentes médicos pueden ayudar a decidir qué tratamiento es el mejor para usted.



¿Cuáles son sus antecedentes médicos familiares en relación con el cáncer?

Algunos tipos de cáncer y otras enfermedades son hereditarias; en otras palabras, se transmiten genéticamente de padres biológicos a los hijos. Esta información se llama antecedentes médicos familiares. Pregunte a sus parientes consanguíneos sobre sus problemas de salud, como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. En el caso de los familiares a los que se les ha diagnosticado un cáncer, averigüe qué tipo de cáncer tuvieron, si murieron a causa del cáncer y a qué edad se les diagnosticó.

Empiece por sus padres, hermanos e hijos. Luego, hable con sus medios hermanos, tíos, sobrinos, abuelos y nietos.

Escriba todo lo que averigüe sobre sus antecedentes familiares y comparta esta información con el profesional de atención médica.

Estas son algunas de las preguntas que debe hacer:

- ¿Qué edad tenía cuando recibió el diagnóstico de cada una de estas enfermedades y problemas de salud?
- ¿Cuál es la ascendencia de su familia? ¿De qué países proceden sus antepasados?

Guía 1
Posibles pruebas para detectar el cáncer esofágico

Antecedentes médicos y examen físico. Revisión de antecedentes familiares.
Endoscopia GI superior (también llamada EGD) y biopsia.
TC de tórax y abdomen con medio de contraste oral e IV. TC de zona pélvica con medio de contraste según sea necesario.
Evaluación de TC/TEP con FDG (base del cráneo hasta la mitad del muslo) si no hay evidencia de cáncer metastásico.
Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico general.
Ecografía endoscópica (EE) si no hay evidencia de cáncer irresecable metastásico.
Se recomienda la resección endoscópica (RE) para la estadificación adecuada del cáncer en estadio temprano. El cáncer en estadio temprano puede diagnosticarse mejor por RE.
Biopsia de la enfermedad metastásica según sea necesario.
Pruebas de inestabilidad microsatelital (MSI) mediante reacción en cadena de la polimerasa/secuenciación de nueva generación (NGS) y pruebas de reparación de desajustes (MMR) mediante inmunohistoquímica para todos los pacientes con diagnóstico reciente.
Pruebas de PD-L1 para todos los pacientes con diagnóstico reciente.
Prueba de CLDN18.2 si se sospecha adenocarcinoma avanzado/metastásico.
Prueba de HER2 si se sospecha adenocarcinoma avanzado/metastásico.
Se deben considerar las pruebas de NGS.
Broncoscopia, si el tumor se encuentra en la carina (la cresta en la base de la tráquea) o arriba de ella sin evidencia de cáncer metastásico.
Evaluación y asesoramiento nutricional.
Recomendación, asesoramiento y medicamentos para dejar de fumar de ser necesario.

Antecedentes familiares

Al igual que otras enfermedades, algunos tipos de cáncer pueden ser hereditarios. Su médico le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares. Pregunte a los miembros de ambos lados de su familia sobre problemas de salud, como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. Es importante saber el tipo de cáncer específico o dónde comenzó el cáncer, si se encuentra en varios lugares y si se hicieron pruebas genéticas.

Examen físico

Durante un examen físico, el médico puede hacer lo siguiente:

- Tomar la temperatura, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria.
- Controlar su altura y peso.
- Auscultar el corazón y los pulmones.
- Observar sus ojos, oídos, nariz y garganta.
- Palpar y aplicar presión en distintas partes del cuerpo para ver si los órganos tienen tamaño normal, están blandos o duros o si duelen cuando los toca.
- Palpar los ganglios linfáticos agrandados en el cuello, la axila y la ingle.

Estado funcional

El estado funcional es una estimación del nivel general de aptitud física de una persona y su capacidad para realizar tareas cotidianas. Es un factor que sus médicos tienen en cuenta al decidir sobre la intensidad del tratamiento (por ejemplo, cirugía y tratamiento sistémico) que usted y su cuerpo pueden tolerar. Los médicos se basan en el estado funcional para determinar si está en condiciones de recibir el tratamiento.

Estado funcional

El estado funcional es la capacidad de una persona para realizar tareas de la vida diaria.



Evaluación nutricional

Debe atenderse con un nutricionista antes de comenzar el tratamiento, ya que podrá recomendarle los mejores alimentos y bebidas para usted. El cáncer esofágico puede provocar pérdida de apetito o causar dificultad o dolor al tragar alimentos o líquidos. También es posible que sienta saciedad después de comer muy poco. Estos cambios pueden provocar una pérdida excesiva de peso o debilidad y cansancio.

Es importante que reciba una nutrición adecuada y sostenida antes de comenzar el tratamiento. Es posible que se alimente a través de una sonda flexible de plástico que se introduce en el estómago (llamada sonda de gastrostomía o sonda G) o en el intestino delgado (llamada sonda de yeyunostomía o sonda J).

Durante y después del tratamiento, su equipo de atención médica controlará si ha perdido peso u otros signos de que no está recibiendo suficientes nutrientes.

Análisis de sangre

Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos. Se necesita una muestra de sangre, que se toma con una aguja que se coloca en una vena. A continuación, se describen dos análisis de sangre.

Hemograma completo

El hemograma completo (HC) mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en la sangre. El médico averiguará si tiene suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno al cuerpo, glóbulos blancos para combatir infecciones y plaquetas para controlar sangrados.

Perfil bioquímico general

El perfil bioquímico general proporciona información importante sobre el funcionamiento de los riñones y el hígado, entre otras cosas. Suele indicarse como parte del panel metabólico completo (PMC). El PMC mide 14 sustancias diferentes en la sangre.

Estudios de diagnóstico por imágenes

En estos estudios, se toman fotografías del interior del cuerpo. Estas imágenes pueden mostrar dónde se originó el cáncer (el tumor primario) y detectar cáncer en otras partes del cuerpo.

El radiólogo, un médico que interpreta los estudios de diagnóstico por imágenes, redactará un informe y se lo enviará a su profesional de atención médica. También se lo puede enviar directamente a usted a través del portal o sistema de acceso para pacientes. Debe analizar estos resultados con su médico. Además, no se le realizarán todos los estudios de diagnóstico por imágenes que se detallan. Esto es solo una descripción general.

Medio de contraste

Independientemente del estudio que le realicen, a veces, el medio de contraste se utiliza para obtener imágenes más claras del interior del cuerpo. Los medios de contraste no son tintes, sino sustancias que ayudan a realzar y mejorar las imágenes de los órganos y estructuras del cuerpo. El medio de contraste no es permanente y se expulsa del cuerpo a través de la orina inmediatamente después de la prueba. Los tipos de medios de contraste varían y son diferentes para la TC y la RM.

Avise a su equipo de atención médica si ha tenido reacciones alérgicas al medio de contraste en el pasado. Esto es importante. Es posible que le administren medicamentos para evitar los efectos de dichas alergias. Es posible que no se utilice el medio de contraste si tiene una alergia grave o si sus riñones no funcionan bien.

TC

Una exploración por tomografía computarizada (TC o TAC) combina rayos X y tecnología informática para tomar imágenes detalladas del interior del cuerpo. La TC de tórax, abdomen o zona pélvica se puede utilizar como estudio para detectar el cáncer.

En una TC, se toman varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Todas las imágenes se combinan para hacer una imagen 3D detallada.

La TC de tórax, abdomen o zona pélvica se puede utilizar como estudio para detectar el cáncer. Por lo general, los medios de contraste orales (por vía oral) e IV (mediante una aguja que se introduce en una vena del brazo) se usan en conjunto cuando se realizan pruebas para detectar el cáncer esofágico.

TEP

La TEP utiliza un radiomarcador. El radiomarcador es una sustancia que se inyecta en una vena y que hace que el cáncer se vea como puntos brillantes en las tomografías. Sin embargo, no todos los tumores aparecen en una exploración por TEP y no todos los puntos brillantes son cáncer. Es normal que el cerebro, el corazón, los riñones y la vejiga se vean brillantes en la TEP. La inflamación o las infecciones también pueden verse como un punto brillante.

TC/TEP con FDG

Cuando la TEP se combina con una TC, este procedimiento se conoce como TEP/TC. Según el centro oncológico, puede realizarse con uno o dos equipos. Una TC/TEP con FDG utiliza 18-fluorodesoxiglucosa como radiomarcador.

Tomógrafo

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una camilla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo.



Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras de alta energía para generar imágenes del interior del cuerpo. Es similar a la ecografía realizada en el embarazo. La ecografía no duele ni utiliza rayos X. En el caso del cáncer esofágico, se utiliza una ecografía (endoscópica) para guiar la biopsia. Consulte “Ecografía endoscópica” a continuación.

Procedimientos de endoscopia

Algunos estudios de diagnóstico por imágenes son más invasivos y utilizan un instrumento delgado con forma de tubo. Este instrumento se llama endoscopio y se introduce en el cuerpo para tomar imágenes. Un extremo del endoscopio tiene una pequeña luz y una cámara para ver el interior del cuerpo. El endoscopio se introduce en el cuerpo a través de una abertura natural, como la boca, la nariz o el ano. O bien, se puede introducir a través de una pequeña incisión quirúrgica. Las imágenes se envían a un monitor, para que el médico pueda observar el interior de los órganos internos y realizar una biopsia, colocar un *stent* o realizar otras tareas.

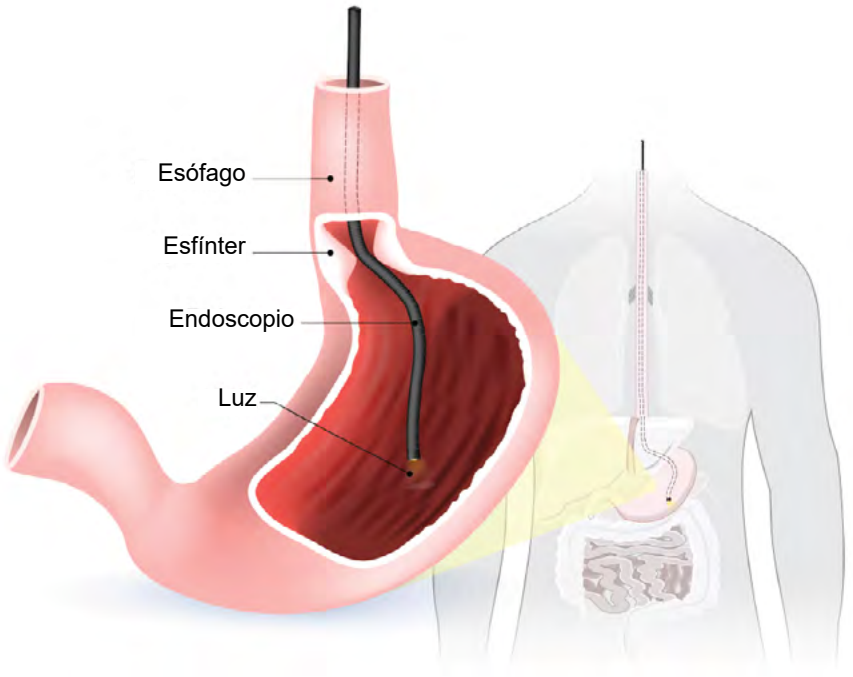
El tipo de instrumento que suele utilizarse para el cáncer esofágico es el endoscopio, y el procedimiento se conoce como endoscopia gastrointestinal (GI) superior. La endoscopia es una herramienta importante para el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento y la atención de las personas con cáncer esofágico. Antes de la endoscopia, se le administrarán medicamentos para que pueda relajarse o dormir durante el procedimiento.

Endoscopia GI superior o EGD

En una endoscopia GI (gastrointestinal) superior (también conocida como esofagogastroduodenoscopia o EGD), se introduce un endoscopio por la garganta hacia el esófago, el estómago y las partes superiores del intestino delgado (duodeno). Se utiliza para inspeccionar el revestimiento de estos órganos y observar si hay signos de cáncer u otras anomalías, como agrandamiento de vasos sanguíneos o úlceras. También permite realizar biopsias y es el método más común para obtener una muestra

Endoscopía GI superior

La endoscopía GI (gastrointestinal) superior permite al médico ver la pared interna del estómago y del esófago. Si se realiza una ecografía, el médico podrá ver las capas más profundas de la pared y los órganos cercanos.



Durante su atención oncológica, es posible que encuentre medidas expresadas en el sistema métrico (centímetros, milímetros, etc.). Esto se debe a que su equipo de atención médica utiliza el sistema métrico para medir muchos aspectos del tratamiento.

de biopsia en casos de cáncer esofágico. Después de la endoscopia, es posible que sienta dolor e inflamación en la garganta.

Ecografía endoscópica

La ecografía endoscópica (EE) es una parte importante del diagnóstico y la estadificación del cáncer. Utiliza un endoscopio con ecografía para ver la profundidad del tumor en la pared del esófago. Además, se pueden detectar signos de cáncer en los ganglios linfáticos y otros órganos cercanos.

Es más probable que le realicen una EE si su equipo de atención médica sospecha que el cáncer no se ha extendido demasiado en la pared del esófago (cáncer en estadio temprano) o para determinar si el cáncer está en estadio temprano o es localmente avanzado.

Broncoscopia

Durante una broncoscopia, se introduce un dispositivo a través de la nariz o la boca para examinar el interior de las vías aéreas, incluida la tráquea y los bronquios. La broncoscopia puede utilizarse para detectar cáncer de esófago o para realizar ciertos procedimientos terapéuticos.

Laparoscopia

La laparoscopia (cirugía laparoscópica) es un tipo de procedimiento que permite al cirujano ver el interior del abdomen. Utiliza un instrumento similar a un endoscopio, llamado laparoscopio, que permite introducir una cámara o instrumentos quirúrgicos por el abdomen.

Primero, se le administrará anestesia general para que se duerma y no sienta ningún dolor. Luego, el cirujano introducirá el laparoscopio a través de una pequeña incisión en el esófago (se considera una cirugía mínimamente invasiva).

La laparoscopia puede utilizarse para determinar el estadio de la enfermedad y descartar metástasis. Puede detectar si el cáncer se ha extendido, lo que podría haberse pasado por alto en los estudios de diagnóstico por imágenes. También se puede utilizar para obtener muestras de biopsia. En ocasiones, la laparoscopía se utiliza a fin de determinar si reúne las condiciones para realizarse una cirugía.

Biopsia

En una biopsia, se extrae una muestra de tejido o fluido para analizarla y detectar enfermedades durante una endoscopia GI superior. Se pueden tomar varias muestras del tumor, de la pared del esófago o del estómago, y de los ganglios linfáticos. Las muestras se enviarán a un anatomopatólogo, un experto en examinar células con el microscopio para detectar enfermedades.

Entre otros tipos de biopsias se incluyen:

- La **aspiración con aguja fina (AAF) o biopsia por punción con aguja gruesa (CB)** utiliza agujas de diferentes tamaños para extraer una muestra de tejido o fluido. Una EE puede guiar la AAF para realizar el diagnóstico.

- El **cepillado o lavado** implica extraer muestras del tumor o de las células con un cepillo pequeño que se encuentra en el extremo del endoscopio.
- La **biopsia líquida** utiliza una muestra de sangre para analizarla.

Biopsia de metástasis

La metástasis es la extensión del cáncer desde el lugar donde comenzó hacia otra zona del cuerpo, como los pulmones, el hígado, los huesos o ganglios linfáticos distantes. Es posible que se necesite una biopsia de las metástasis para confirmar la presencia de cáncer. Si hay más de una metástasis, se puede realizar una biopsia en cada sitio. El tipo de biopsia utilizado depende de la ubicación de la presunta metástasis y otros factores.

Análisis de riesgo genético

Es posible que se pregunte: "¿Por qué tengo cáncer?". La mayoría de las veces, la respuesta es que una célula cometió un error al dividirse y, luego, se formó el cáncer. Sin embargo, algunas células tienen una predisposición (tendencia) debido a mutaciones (cambios) en su ADN que las hace más propensas a desarrollar cáncer. Una evaluación de riesgo genético detectará si usted tiene riesgo de cáncer y si las pruebas genéticas, pruebas de detección adicionales o medidas preventivas pueden ser beneficiosas para usted. De acuerdo con la evaluación del riesgo genético, es posible que se realice una prueba y asesoramiento genético.

Las pruebas genéticas en sangre o saliva (que se recoge en un recipiente) pueden detectar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos llamadas mutaciones de la estirpe germinal. Algunas mutaciones pueden aumentar el riesgo de tener más de un tipo de cáncer y se pueden transmitir a los hijos. Además, los familiares pueden ser portadores de estas mutaciones. Informe a su equipo de atención médica si tiene antecedentes familiares de cáncer.

Según sus antecedentes familiares u otras características de su cáncer, es posible que el profesional de atención médica le indique pruebas genéticas hereditarias para obtener más información sobre el cáncer que padece. Un asesor genético hablará con usted sobre los resultados.

Síndromes hereditarios de predisposición al cáncer

Un síndrome es un conjunto de síntomas o afecciones que se presentan juntos y sugieren la presencia de una enfermedad específica o un mayor riesgo de contraerla. Una persona con un síndrome genético (hereditario) de predisposición al cáncer puede tener un mayor riesgo de padecer cáncer esofágico.

Determinados síndromes genéticos (hereditarios) pueden poner a la persona en riesgo de padecer cáncer esofágico. Un síndrome es un grupo de signos o síntomas que se presentan en conjunto e indican la presencia o el riesgo de contraer una enfermedad.

Estos son los síndromes hereditarios más estrechamente relacionados con el cáncer esofágico y de la UGE:

- Cáncer esofágico, tilosis con queratodermia palmoplantar (QPP) no epidermolítica y síndrome de Howel-Evans
- Esófago de Barrett familiar (EBF)
- Síndrome de Bloom (SB)
- Anemia de Fanconi (AF)

¿Cuál es la diferencia entre las pruebas genéticas y las pruebas de biomarcadores?

Las pruebas genéticas detectan cambios genéticos heredados (mutaciones) para determinar su riesgo de contraer un determinado tipo de cáncer.

Las pruebas de biomarcadores detectan marcadores tumorales, como genes y proteínas, en las células cancerosas para guiar el tratamiento.

Pruebas de biomarcadores

Es posible que se analice una muestra de la biopsia del tumor para detectar proteínas específicas, alteraciones genéticas (cambios) u otras alteraciones moleculares. Esto se denomina pruebas de biomarcadores, pruebas moleculares o perfiles tumorales. Esta información puede utilizarse a fin de elegir un tratamiento más específico para usted. “Pruebas de biomarcadores” es un término general que abarca cualquier cambio o característica del cáncer que pueda influir en el tratamiento.

Los biomarcadores primarios se asocian con los fármacos que se pueden utilizar. Se puede obtener información adicional mediante la secuenciación de nueva generación (NGS) del tejido tumoral o la sangre. Además, se pueden realizar pruebas genéticas (mencionadas anteriormente) para detectar mutaciones genéticas hereditarias.

Las pruebas de biomarcadores incluyen análisis de los genes o sus productos (proteínas). Muestran la presencia o ausencia de mutaciones (cambios) y la presencia de sobreexpresión de ciertas proteínas. Estos dos factores podrían indicar el tratamiento necesario.

A continuación, se explican las pruebas y biomarcadores importantes para el tratamiento y control del cáncer esofágico metastásico. Las pruebas de biomarcadores se utilizan cada vez más, así que consulte a su equipo de atención médica si necesita otras pruebas.

Pruebas de mutaciones tumorales

Las pruebas de mutaciones tumorales o de aberraciones genómicas tumorales son un tipo de pruebas de biomarcadores que usan una muestra de sangre o del tumor para observar si las células cancerosas tienen mutaciones específicas del ADN. Esta información puede servir para guiar la selección de determinados fármacos. Esta es una prueba de ADN diferente de las pruebas genéticas para mutaciones que puede haber heredado de sus padres biológicos. En las pruebas de mutaciones tumorales, solo se analiza el tumor y no el resto del cuerpo. Hay tratamientos específicos que pueden abordar muchas mutaciones, como las fusiones del gen *NTRK*.

Biomarcadores específicos

HER2

El receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) es la proteína responsable de controlar el crecimiento normal de las células. Se encuentra en la superficie de todas las células epiteliales. La cantidad elevada de HER2 hace que las células crezcan y se dividan. Esto se denomina sobreexpresión o amplificación de HER2 positivo (HER2+).

En el cáncer esofágico, puede haber mayor producción de HER2. Si el tumor produce demasiado HER2, podría recibir un tratamiento dirigido llamado trastuzumab (Herceptin) o trastuzumab deruxtecan (Enhertu). Estos fármacos se dirigen a la proteína HER2 y pueden ayudar a ralentizar o detener el crecimiento del tumor.

Desde el momento en que recibe un diagnóstico de cáncer, se ve inmerso en un mundo de términos nuevos; muchos de ellos son fundamentales para comprender lo que le está sucediendo. Es importante entender qué son los biomarcadores e incluso cómo pueden influir en los tratamientos".

Mutación de MSI-H/dMMR

Los microsatélites son cadenas cortas y repetidas de ADN. A veces, se producen errores o defectos en estos microsatélites. Cuando esto sucede, suelen corregirse mediante proteínas de reparación de desajustes (MMR).

Sin embargo, algunas células cancerosas presentan mutaciones del ADN que impiden que las proteínas MMR corrijan estos errores. Esto se denomina inestabilidad microsatelital (MSI) o deficiencia de reparación de desajustes (dMMR). Cuando las células cancerosas tienen una gran cantidad de mutaciones de microsatélites, se denomina MSI-H (inestabilidad microsatelital alta). La MSI-H suele deberse a la dMMR.

Las personas con cáncer esofágico recién diagnosticado deben hacerse la prueba de MMR o MSI.

PD-L1

El ligando 1 de muerte programada (PD-L1) es una de las proteínas que ayuda a funcionar al sistema inmunitario del cuerpo. Sin embargo, si esta proteína está presente (se expresa) en la superficie de las células cancerosas, puede hacer que las células del sistema inmunitario ignoren a las células cancerosas e inhiban la respuesta inmunitaria antitumoral.

Si el cáncer tiene esta proteína, es posible que reciba un tratamiento que combine quimioterapia y un inhibidor del punto de control inmunitario (ICI). Esto está diseñado para activar al sistema inmunitario a fin de que combata mejor las células cancerosas.

Isoforma 2 de claudina 18

La isoforma 2 de claudina 18 (CLDN18.2) es una proteína que se encuentra en la superficie de las células cancerosas gastroesofágicas (estómago y esófago) en los estadios avanzados. Si se sospecha que el cáncer es un adenocarcinoma avanzado y tiene un nivel alto de CLDN18.2 (lo que se conoce como CLDN18.2 positivo), es posible que reciba un tipo de inmunoterapia llamada zolbetuximab-clzb (Vyloy).

Carga mutacional tumoral

La carga mutacional tumoral (TMB) es el número total de mutaciones (cambios) que se encuentran en el ADN de las células cancerosas. Es importante porque si un tumor presenta un número alto de mutaciones (o errores), es más visible para el sistema inmunitario. Debido a ello, el tumor podría tener mayor probabilidad de responder a un ICI. En el cáncer esofágico, los ICI se dirigen a las proteínas llamadas proteína de muerte celular programada 1 (PD-1) y ligando 1 de muerte programada (PD-L1).

Fusiones del gen *NTRK*

La fusión del gen *NTRK* se produce cuando un fragmento del gen *NTRK* se fusiona (se une) con un fragmento de otro gen, lo que provoca un crecimiento celular descontrolado. El larotrectinib (Vitrakvi) y el entrectinib (Rozlytrek) podrían utilizarse para tratar el cáncer avanzado o metastásico debido a una fusión del gen *NTRK*.

Fusiones del gen *RET*

La mutación del gen reordenado durante la transfección (*RET*) está relacionada con el crecimiento celular (proliferación). El selpercatinib (Retevmo) podría utilizarse en casos de cáncer con una fusión del gen *RET*.

Mutaciones V600E de *BRAF*

Las mutaciones del gen *BRAF* pueden hacer que las células normales se vuelvan cancerosas. El dabrafenib (Tafinlar) y el trametinib (Mekinist) podrían utilizarse para tratar tumores con mutaciones V600E del gen *BRAF*.

Tipos de pruebas de biomarcadores

NGS

La secuenciación de nueva generación (NGS), también conocida como prueba de mutaciones tumorales, utiliza una muestra de sangre o del tumor para determinar si las células cancerosas tienen mutaciones (o cambios) específicas del ADN. (Es una prueba de ADN diferente de las pruebas para mutaciones que puede haber heredado de sus padres biológicos).

Encontrar estos cambios puede guiar la elección de tratamientos con mayor probabilidad de eficacia. Por ejemplo, determinadas mutaciones tumorales, como la fusión de *NTRK*, la fusión de *RET* y la mutación V600E de *BRAF*, pueden tratarse con tratamientos específicos. La NGS también ayuda a determinar si se necesita más pruebas de biomarcadores.

Este método solo se puede utilizar si queda suficiente tejido tumoral después de haber realizado otras pruebas de biomarcadores. Las pruebas de mutaciones tumorales suelen realizarse si el cáncer es irresecable (no se puede extirpar con cirugía) o metastásico.

FISH

La hibridación fluorescente *in situ* (FISH) es un método de análisis en el que se utilizan unos tintes especiales, llamados sondas, que se adhieren a fragmentos de ADN, el material genético de las células de una persona. Esto permite determinar cuántas copias de un gen están presentes en la célula. Luego, las células se estudian con un microscopio de fluorescencia.

PCR

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un proceso de laboratorio que puede producir millones o miles de millones de copias de su ADN (información genética). Esta prueba es muy sensible. Puede encontrar una célula anormal entre más de 100 000 células normales. Estas copias, denominadas productos de PCR, podrían utilizarse para la NGS.

Biopsia líquida

Pueden encontrarse algunas mutaciones mediante el análisis del ADN tumoral circulante (ADNtc) en la sangre. En una biopsia líquida, se extrae una muestra de sangre para detectar células cancerosas o fragmentos de ADN de células tumorales. Las personas que tienen cáncer esofágico metastásico o avanzado y no pueden someterse a una biopsia tradicional podrían realizarse una biopsia líquida. A veces, las pruebas tradicionales pueden agotar rápidamente una muestra tumoral. En este caso, una biopsia líquida podría ser una posibilidad.

Inmunohistoquímica

La inmunohistoquímica (IHQ) es un proceso de tinción especial que implica incorporar marcadores químicos a las células cancerosas o a las células del sistema inmunitario. Luego, las células se estudian con un microscopio.

Puntos clave

- Las pruebas se utilizan para detectar el cáncer, determinar su extensión (estadificación), planificar el tratamiento y comprobar su eficacia.
- Los antecedentes médicos y el examen físico proporcionan información a su médico sobre su estado de salud general.
- Nutrirse bien es importante. Debe atenderse con un nutricionista antes de comenzar el tratamiento.
- Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes observan el interior del cuerpo mediante imágenes. Las imágenes pueden obtenerse mediante máquinas o herramientas de exploración.
- En una biopsia, se extrae una muestra de tejido o fluido para analizarla en busca de cáncer. Por ejemplo, se puede realizar una endoscopia gastrointestinal (GI) superior para obtener una muestra de tejido del esófago.
- Puede hacerse una prueba genética para detectar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos.

Preguntas para hacer

- ¿Qué pruebas tendré que hacerme?
- ¿Las pruebas tienen algún riesgo?
- ¿Mi seguro las cubrirá?
- ¿Tengo que hacer alguna preparación para las pruebas?
- ¿Debe acompañarme alguien a las citas?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que comprende las diversas pruebas que pueden ayudar a guiar su tratamiento, lea el siguiente capítulo para aprender sobre la estadificación, que es lo que sucede después de realizarse las pruebas y cómo el estadio afecta su tratamiento.

“El conocimiento es poder. No se conforme si sus preguntas e inquietudes no se abordan adecuadamente. Defienda sus planteos y necesidades”.

4

Estadificación del cáncer esofágico

28 Cómo se estadifica el cáncer esofágico

29 Estadificación anatómica

29 Grado tumoral

29 Pruebas de biomarcadores

30 Pronóstico según la estadificación

31 Explicación de los estadios del cáncer

31 Adenocarcinoma

33 Carcinoma de células escamosas

35 Términos frecuentes

36 Puntos clave

36 Preguntas para hacer

La estadificación del cáncer sirve para tomar decisiones acerca del tratamiento. Describe el tamaño y la ubicación (o extensión) del tumor, si ha crecido y atravesado las capas de la pared esofágica y si el cáncer se extendió a los ganglios linfáticos, órganos u otras partes del cuerpo. En este capítulo, se explican los estadios del cáncer esofágico.

Según los estudios, a su cáncer se le asignará un estadio. La estadificación indica cuánto cáncer hay en su cuerpo, dónde se encuentra y qué subtipo tiene.

Ya sea que se trate de un adenocarcinoma o de un carcinoma de células escamosas, saber cuál es el estadio ayuda a predecir el pronóstico del cáncer y se necesita para tomar decisiones sobre el tratamiento. Siga leyendo para saber cómo se determinan y desglosan los estadios para el adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas.

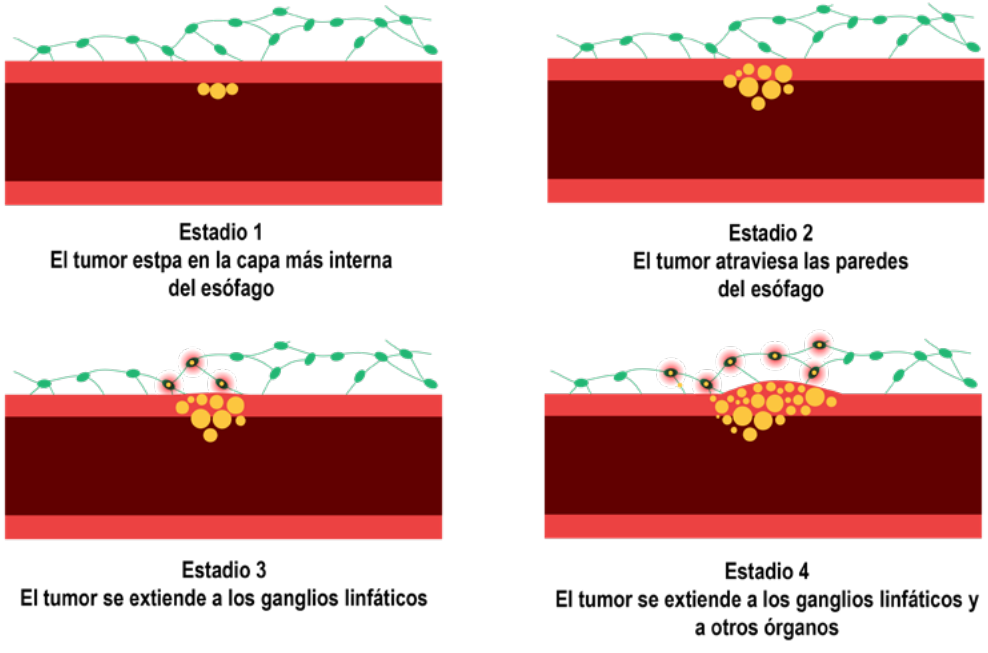
Cómo se estadifica el cáncer esofágico

A continuación, se presenta la información recopilada durante la estadificación del adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas:

- **Extensión (tamaño) del tumor (T):** ¿el cáncer se ha extendido a zonas cercanas? ¿A qué profundidad de las capas del esófago se extiende?
- **Extensión a los ganglios linfáticos cercanos (N):** ¿el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos? En caso afirmativo, ¿a cuántos? ¿Dónde?
- **Extensión (metástasis) hacia zonas alejadas (M):** ¿el cáncer se ha extendido a órganos distantes, como los pulmones, los huesos, el hígado o a los ganglios linfáticos distantes?
- **Grado del cáncer (G):** ¿cuánto se parecen las células cancerosas a las células normales vistas con el microscopio?

Estadios del cáncer esofágico

Estos son 4 de los 5 estadios del cáncer esofágico. El estadio 0 no aparece en la imagen. La mayoría de los casos de cáncer esofágico no se detectan en el estadio 0.



- **Pruebas de biomarcadores:** ¿el cáncer tiene genes, proteínas, marcadores o mutaciones que harían que un tipo de tratamiento sea más eficaz que otro?

La estadificación se basa en una combinación de información para llegar a un estadio final numerado.

Los estadios van del 0 al 4, que es el más avanzado. Es posible que su equipo de atención médica los escriba con números romanos, como estadios 0, I, II, III y IV.

Estadificación anatómica

El sistema de tumor, ganglio, metástasis (TNM) forma parte de lo que se utiliza para estadificar el cáncer esofágico y se denomina estadio anatómico. En este sistema, las letras T, N y M describen diferentes áreas del crecimiento del cáncer. Según los resultados de los estudios, su profesional médico asignará una puntuación o un número a cada letra. Cuanto más alto el número, más grande es el tumor o mayor es la extensión del cáncer. Estas puntuaciones se combinan para asignar un estadio al cáncer.

- **T (tumor)**: profundidad y extensión del tumor principal (primario) en la pared esofágica.
- **N (ganglio)**: si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos (regional).
- **M (metástasis)**: si el cáncer se ha extendido a partes distantes del cuerpo o hizo metástasis.

Pídale a su profesional médico que le explique cualquier aspecto de la estadificación que no le quede claro.

A menudo, no se dispone de toda la información en la primera evaluación. Se puede recabar más información a medida que comienza el tratamiento.

Grado tumoral

El grado es la manera en que se ven las células tumorales al microscopio. Esta información ayuda a determinar el estadio. Cuanto menor sea el grado, mejor será el pronóstico. Bien diferenciado (grado 1) significa que las células cancerosas se asemejan a las células normales del esófago y crecen más lentamente que las de grados superiores. Moderadamente diferenciado (grado 2) significa que las células cancerosas tienen un aspecto más anormal y crecen más rápido que las de grado 1. Poco diferenciado (grado 3) significa que las células cancerosas tienen un aspecto muy distinto al de las células esofágicas normales y se extienden con mayor rapidez que las células de grado 1 y 2. El grado 3 es el grado más alto de los cánceres esofágicos.

Pruebas de biomarcadores

Los biomarcadores pueden afectar la eficacia de algunos tratamientos del cáncer. Los resultados de las pruebas de biomarcadores ayudan a determinar si un tratamiento podría ser eficaz para un gen, una proteína o una mutación específicos. Los biomarcadores que se analizan para el cáncer esofágico incluyen el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), ligando 1 de muerte programada (PD-L1), estado de inestabilidad microsatelital/reparación de desajustes (MSI/MMR), isoforma 2 de claudina 18 (CLDN18.2), fusión del gen *NTRK*, fusión del gen *RET* y mutación V600 del gen *BRAF*.

Pronóstico según la estadificación

La estadificación también incluye lo que se conoce como información de pronóstico. El pronóstico es la perspectiva de su cáncer. Esto es el TNM anatómico más el grado tumoral y el estado de los biomarcadores.

Los estadios se dividen en clínicos y anatomopatológicos. La estadificación del cáncer esofágico suele realizarse dos veces: una antes de la cirugía (estadio clínico) y otra después de ella (estadio anatomopatológico). La estadificación después de la cirugía proporciona detalles más específicos y precisos sobre el tamaño del cáncer, el estado de los ganglios linfáticos (si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos) y si ha hecho metástasis (se ha extendido a zonas distantes).

Estadio clínico

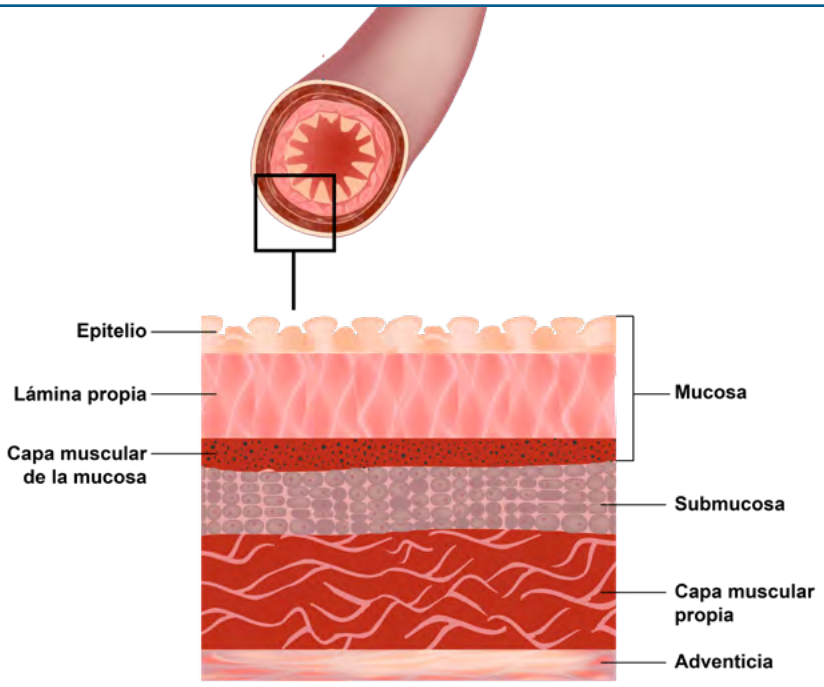
El estadio clínico es la clasificación que se asigna antes del tratamiento. Se asigna después de un examen físico, una biopsia y los estudios de diagnóstico por imágenes. Por ejemplo, en el cáncer esofágico, el estadio clínico (antes de la cirugía) se basa en la endoscopia GI superior (también llamada esofagogastroduodenoscopia o EGD), estudios de diagnóstico por imágenes como TC o TEP con FDG, pruebas de biomarcadores y resultados de la biopsia. Pídale a su profesional médico que le explique el estadio clínico de una manera en que usted lo pueda comprender bien.

Estadio anatomopatológico

El estadio anatomopatológico se determina mediante el examen del tejido extirpado durante una resección endoscópica (RE) o una cirugía (y después del tratamiento prequirúrgico, si se realizó) para extraer la totalidad o parte del esófago y los ganglios linfáticos cercanos. Esto describe con más precisión cuánto se ha extendido el cáncer y se utiliza para determinar sus opciones de tratamiento después de la cirugía.

Capas del esófago

En la imagen, se muestran las 4 capas del esófago: la mucosa, submucosa, capa muscular propia y adventicia.



Explicación de los estadios del cáncer

Los estadios del cáncer esofágico pueden cambiar después de la cirugía, del estadio clínico al estadio anatomopatológico, debido a la información adicional que se obtiene de las muestras de tejido y tumor. Los estadios patológicos (después de la cirugía) del adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas se describen a continuación.

Adenocarcinoma

A continuación, se presentan los estadios anatomopatológicos para el adenocarcinoma. Para obtener información sobre el tratamiento según los estadios, consulte el *Capítulo 6: Adenocarcinoma* y el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

Estadio 0

El estadio 0 también se denomina displasia de alto grado. Se trata de un precáncer con células anormales. Se encuentra en la capa superior de la mucosa, que es el epitelio. Estas células pueden convertirse en cáncer y extenderse al tejido cercano.

Estadio 1

El estadio 1 significa que el cáncer se ha extendido desde el revestimiento esofágico hacia las capas más profundas de la pared, pero no ha llegado a los ganglios linfáticos ni a órganos distantes.

Estadio 1A

El estadio 1A significa que el cáncer se ha formado en la capa de la mucosa del esófago. El grado de las células cancerosas es 1 o grado desconocido.

Estadio 1B

El estadio 1B significa que el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Mucosa, y el grado de las células cancerosas es 2.
- Submucosa (a través de la mucosa), y el grado de las células cancerosas es 1, 2 o grado desconocido.

Estadio 1C

El estadio 1C significa que el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Capa de la mucosa o submucosa de la pared esofágica, y el grado de las células cancerosas es 3.
- Capa muscular propia (capa muscular externa) de la pared esofágica (a través de la submucosa), y el grado de las células cancerosas es 1 o 2.

Estadio 2

El estadio 2 significa que el cáncer se ha desarrollado en las capas musculares externas (capa muscular propia) del esófago y puede haberse extendido a uno o dos ganglios linfáticos.

Estadio 2A

El estadio 2A significa que el cáncer se ha extendido a las siguientes zonas:

- Capas musculares externas de la pared esofágica (a través de la submucosa), y el grado de las células cancerosas es 3 o grado desconocido.

Estadio 2B

El estadio 2B significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y se han extendido a una de las siguientes zonas:

- Última capa de la pared esofágica, llamada adventicia.
- Capa de la mucosa o submucosa de la pared esofágica, y el cáncer se encuentra en 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.

Estadio 3

El estadio 3 es más avanzado e indica que el cáncer se ha extendido a una capa más profunda de la pared esofágica y a través de las capas externas musculares más gruesas. Además, puede haberse extendido a las estructuras cercanas y afectar los ganglios linfáticos regionales.

Estadio 3A

El estadio 3A significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Capa de la mucosa o submucosa, y se detecta cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Capa muscular propia (la capa muscular gruesa), y se detecta cáncer en 1 a 2 ganglios linfáticos cercanos.

Estadio 3B

El estadio 3B significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Capa muscular propia, y hay cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Adventicia (la capa externa más profunda de la pared esofágica), y el cáncer se encuentra en 1 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Diafragma, vena ácigos (vaso sanguíneo en el lado derecho de la parte posterior del tórax), pleura (revestimiento de los pulmones), saco que rodea el corazón o peritoneo (revestimiento abdominal), y hay cáncer en 0 a 2 ganglios linfáticos cercanos.

Estadio 4

Denominado cáncer metastásico, el estadio 4 es el más avanzado. El cáncer en estadio 4 se ha extendido a otras partes del cuerpo a través del sistema linfático o la sangre y puede afectar los ganglios linfáticos y órganos distantes.

Estadio 4A

El estadio 4A significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y se han extendido a una de las siguientes zonas:

- Diafragma, vena ácigos, pleura, saco que rodea el corazón o peritoneo, y hay cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Órganos cercanos, como la aorta, las vías respiratorias o la columna vertebral.
- Hasta 7 o más ganglios linfáticos cercanos.

Estadio 4B

El estadio 4B significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y el cáncer se ha extendido a las siguientes zonas:

- Otras partes del cuerpo, como el hígado, los pulmones o los huesos, y puede haberse extendido a cualquier número de ganglios linfáticos.

“Es normal tener días malos, pero no se deje vencer. La actitud positiva ayuda mucho”.

Carcinoma de células escamosas

A continuación, se presentan los estadios anatomopatológicos del carcinoma de células escamosas. Para obtener información sobre el tratamiento según los estadios, consulte el *Capítulo 7: Carcinoma de células escamosas* y el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

Estadio 0

El estadio 0 también se denomina displasia de alto grado. Se trata de un precáncer con células anormales. Se encuentra en la capa superior, llamada epitelio. Estas células podrían convertirse en cáncer y extenderse al tejido cercano.

Estadio 1

El estadio 1 significa que el cáncer se ha extendido desde el revestimiento esofágico hacia las capas más profundas de la pared, pero no ha llegado a los ganglios linfáticos ni a órganos distantes.

Estadio 1A

El estadio 1A indica que el cáncer se ha formado en la mucosa del esófago. El grado de las células cancerosas es 1 o grado desconocido.

Estadio 1B

El estadio 1B significa que el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Mucosa o submucosa, y las células cancerosas pueden ser de cualquier grado o de grado desconocido.
- Capa muscular propia (la capa muscular gruesa), y el grado de las células cancerosas es 1.

Estadio 2

El estadio 2 corresponde a un cáncer que se ha extendido más profundamente en la pared esofágica y puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos, pero no más allá de ellos.

Estadio 2A

El estadio 2A significa que el cáncer se ha extendido más allá de las siguientes zonas:

- De la submucosa a la capa muscular propia. El grado de las células cancerosas es 2, 3 o grado desconocido.
- De la capa muscular propia a la adventicia (la capa externa y más profunda de la pared esofágica). El tumor se encuentra en la parte inferior del esófago.
- De la capa muscular propia a la adventicia, y el grado de las células cancerosas es 1. El tumor se encuentra en la parte superior o media del esófago.

Participar en un ensayo clínico puede ser una opción. Asegúrese de preguntarle al equipo de atención médica sobre esto.



Estadio 2B

El estadio 2B indica que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Adventicia, y el grado de las células cancerosas es 2 o 3. El tumor se encuentra en la parte superior o media del esófago.
- Adventicia, o no se sabe dónde se originó el tumor en el esófago y el grado del cáncer es desconocido.
- La capa de la mucosa o submucosa de la pared esofágica. Se encuentra cáncer en 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos al tumor.

Estadio 3

El estadio 3 corresponde a un cáncer que ha crecido más profundamente en la pared esofágica y puede afectar los ganglios linfáticos cercanos, pero no los órganos distantes.

Estadio 3A

El estadio 3A significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Mucosa o submucosa, y hay cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Capa muscular gruesa (capa muscular propia), y hay cáncer en 1 a 2 ganglios linfáticos cercanos.

Estadio 3B

El estadio 3B significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Capa muscular propia, y hay cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Adventicia, y hay cáncer en 1 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Diafragma, vena ácigos (vaso sanguíneo en el lado derecho de la parte posterior del tórax), pleura (revestimiento de los pulmones), saco que rodea el corazón o peritoneo (revestimiento abdominal), y se detecta en 0 a 2 ganglios linfáticos cercanos.

Estadio 4

Denominado cáncer metastásico, el estadio 4 es el más avanzado. El cáncer en estadio 4 se ha extendido más allá del esófago a estructuras o ganglios linfáticos cercanos o a órganos y ganglios linfáticos distantes.

Estadio 4A

El estadio 4A significa que las células cancerosas pueden ser de cualquier grado y el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Diafragma, vena ácigos (vaso sanguíneo en el lado derecho de la parte posterior del tórax), pleura (revestimiento de los pulmones), saco que rodea el corazón o peritoneo (revestimiento abdominal), y se detecta cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Estructuras cercanas, como la aorta, las vías respiratorias o la columna vertebral, y se detecta cáncer en 0 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- Siete o más ganglios linfáticos cercanos.

Estadio 4B

El estadio 4B significa que el cáncer se ha extendido a una de las siguientes zonas:

- Partes distantes del cuerpo, como el hígado, los pulmones o los huesos, y a cualquier número de ganglios linfáticos.

Términos frecuentes

Es posible que se utilicen otros términos junto con los estadios numerados del cáncer. En esta guía, se utilizarán los siguientes términos para describir el cáncer esofágico:

- **Resecable**: el tumor se puede extirpar por completo con cirugía.
- **Irresecable**: el tumor no se puede extirpar con cirugía. Algunos motivos por los que no se puede extirpar con cirugía son porque puede afectar las arterias y los vasos sanguíneos cercanos, lo que hace que la extirpación sea peligrosa.
- **Localmente avanzado**: el tumor puede ser de cualquier tamaño y encontrarse en cualquier capa del esófago. El cáncer podría encontrarse en los ganglios linfáticos, órganos y tejidos cercanos.
- **Metastásico**: cáncer que se ha extendido a otras partes del cuerpo, incluidos los ganglios linfáticos distantes. Los sitios más comunes de metástasis son el hígado, los ganglios linfáticos distantes, los pulmones, los huesos y el cerebro.

El estadio del cáncer sirve para guiar el tratamiento. Asegúrese de preguntarle a su equipo de atención médica sobre su estadio y cualquier otro dato específico sobre cómo se tratará su cáncer esofágico.



Puntos clave

- La estadificación ayuda a predecir el pronóstico y se necesita para tomar decisiones sobre el tratamiento. El pronóstico es la evolución que probablemente tendrá su cáncer.
- El sistema TNM (tumor, ganglio y metástasis) se usa para estadificar el cáncer esofágico.
- La estadificación del cáncer esofágico suele realizarse en dos oportunidades: antes y después de la cirugía.
- El grado describe qué tan anormales se ven las células tumorales al microscopio.
- Las pruebas de biomarcadores proporcionan información más específica sobre genes y proteínas para guiar el tratamiento.
- El estadio clínico del cáncer esofágico se basa en los resultados de las pruebas antes del tratamiento.
- El estadio anatomopatológico del cáncer esofágico se basa en los resultados del tejido analizado durante la cirugía.

Preguntas para hacer

- ¿Qué pruebas genéticas o de biomarcadores me harán?
- Si se completa la prueba de biomarcadores, ¿cuáles son los resultados?
- ¿En qué estadio se encuentra mi cáncer? ¿Qué significa esto para el tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia el estadio clínico se transforma en un estadio anatomopatológico superior?
- ¿Mi cáncer es resecable o irresecable? ¿Qué significa esto?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora ya sabe cómo se estadifica el cáncer, algo que es clave para comprender los siguientes pasos en la atención oncológica. Lea el siguiente capítulo para obtener más información sobre los posibles tratamientos del cáncer esofágico.

5
Tipos de tratamiento

38 Equipo de atención médica

39 Terapia endoscópica

40 Cirugía

44 Esofagectomía

45 Otros procedimientos

46 Tratamiento sistémico

46 Quimioterapia

47 Quimiorradiación

47 Inmunoterapia

48 Tratamiento dirigido

48 Radioterapia

49 Ensayos clínicos

51 Tratamiento complementario

52 Puntos clave

52 Preguntas para hacer

Hay más de un tratamiento para el cáncer esofágico. En este capítulo, se describen las opciones de tratamiento y qué esperar.

Los expertos de NCCN recomiendan que las personas con cáncer esofágico busquen tratamiento en centros oncológicos con experiencia en esta enfermedad. Además, es importante saber que el tratamiento del cáncer esofágico requiere un enfoque en equipo. Las decisiones sobre el tratamiento deben estar a cargo de un equipo de atención médica multidisciplinario. Dicho equipo está conformado por profesionales de atención médica de diferentes entornos profesionales que tienen conocimiento y experiencia sobre su tipo de cáncer. Este equipo debe reunirse con usted para planificar y llevar a cabo su tratamiento.

Equipo de atención médica

Algunos integrantes de su equipo de atención médica estarán a su lado durante todo el tratamiento del cáncer, en tanto otros estarán presentes durante ciertos momentos. Conozca a su equipo de atención médica y ayúdelos a que sepan más sobre usted.

Según su diagnóstico, su equipo puede incluir los siguientes especialistas.

Médicos que tratan el cáncer

- Los **gastroenterólogos** son expertos en enfermedades del tubo digestivo.
- Los **cirujanos oncólogos** realizan operaciones para extirpar el cáncer.
- Los **oncólogos clínicos** tratan el cáncer en adultos con tratamiento sistémico.
- Los **radiooncólogos** prescriben y administran la radioterapia (RT) para tratar el cáncer.
- Los **anatomopatólogos** analizan las células, los tejidos y los órganos extraídos durante una biopsia o cirugía y determinan el diagnóstico de cáncer, la estadificación y la información sobre las pruebas de biomarcadores.

Es importante que le informe a su equipo de atención médica sobre todos los efectos secundarios para que se puedan controlar.

Otros profesionales de la salud

- Los **especialistas en cuidados paliativos** son médicos, enfermeros u otros profesionales de la salud capacitados en medicina paliativa, que tiene por objetivo reducir el dolor y el sufrimiento de enfermedades graves.
- Los **enfermeros practicantes** y los **asociados médicos** son profesionales de práctica avanzada. Algunas de sus visitas a la clínica pueden estar a cargo de un enfermero especialista o de un asociado médico.
- Los **enfermeros oncológicos** brindan atención práctica, como el tratamiento sistémico, administran la atención, responden preguntas y le dan ayuda para sobrellevar los efectos secundarios. A veces, a estos expertos se les llama enfermeros coordinadores.
- Los **nutricionistas y dietistas** ofrecen orientación sobre los alimentos que son más adecuados para su enfermedad.

- Los **asistentes sociales** ayudan a las personas a prevenir y resolver los problemas de la vida diaria. También pueden darle ayuda para sortear las dificultades de la carga económica y asuntos relacionados con el seguro. Los trabajadores sociales clínicos brindan asesoramiento y ayuda si tiene problemas emocionales.

Tratar el cáncer esofágico suele incluir más de un tratamiento. Por ejemplo, podría someterse a una cirugía y, luego, a un tratamiento sistémico, posiblemente acompañado de cuidados paliativos. Consulte la **Guía 2** y siga leyendo para obtener más información sobre cada tratamiento.

Guía 2
Posibles tratamientos para el cáncer esofágico

Terapia endoscópica
Cirugía
Esofagectomía
Otros procedimientos
Tratamiento sistémico
Quimioterapia
Quimiorradiación
Inmunoterapia
Tratamiento dirigido
Radioterapia
Ensayos clínicos
Tratamiento complementario

Terapia endoscópica

Algunos tratamientos utilizan una herramienta delgada con forma de tubo, llamada endoscopio, que se introduce en el cuerpo para tomar imágenes. Un extremo del endoscopio tiene una pequeña luz y una cámara para ver el interior del cuerpo. La imagen se muestra en un monitor. Este procedimiento puede guiar a su médico durante una biopsia, un tratamiento u otras tareas. El endoscopio suele introducirse en el cuerpo a través de la boca.

El objetivo de la terapia endoscópica es eliminar o destruir la enfermedad en estadio temprano y el esófago de Barrett (EB). La resección endoscópica (RE), con o sin ablación, es la opción preferida para el cáncer en estadio temprano.

Resección endoscópica

Para las personas con cáncer esofágico en estadio temprano o EB, la resección endoscópica de la mucosa (REM) o la disección submucosa endoscópica (DSE) son fundamentales para lograr una estadificación y un diagnóstico precisos.

El cáncer esofágico en estadio temprano no se ha extendido más allá de la primera capa (mucosa) de la pared del esófago. El tumor suele ser muy pequeño (2 centímetros o menos) y no ha llegado a ningún ganglio linfático.

- La **resección endoscópica de la mucosa (REM)** es un procedimiento para extirpar tejido precanceroso en estadio temprano u otros tejidos anormales (lesiones) de la pared del esófago. Durante la REM, el endoscopio se introduce por la garganta para alcanzar la lesión o el tumor en el esófago. La lesión se puede extirpar mediante succión o corte. Hable con su médico para obtener más información.

- La **disección submucosa endoscópica (DSE)** utiliza un endoscopio para localizar el tumor en la pared del esófago. Se inserta un instrumento a través del endoscopio que inyecta líquido para ayudar a separar el tumor de la pared del esófago. Luego, se usa otro instrumento para levantar y cortar el tumor de la pared del esófago.

La resección endoscópica es un procedimiento mínimamente invasivo que utiliza un endoscopio para extirpar zonas precancerosas y cancerosas del esófago.

La **ablación** utiliza frío o calor extremos, ondas de radio, microondas o sustancias químicas para destruir las células cancerosas. Puede destruir pequeños tumores y metástasis con poco daño a los tejidos cercanos. Es posible que reciba varios tratamientos para destruir el tumor o la metástasis. Es posible que se realice una ablación si no está en condiciones de someterse a una cirugía.

Hay muchos tipos de ablación que se utilizan para destruir las células cancerosas. Los siguientes son los tipos más comunes utilizados para tratar un tumor esofágico:

- La crioterapia o la criocirugía eliminan las células cancerosas al congelarlas con una sustancia muy fría.
- La ablación por radiofrecuencia (ARF) elimina las células cancerosas al calentarlas con ondas de radio de alta energía.
- La terapia fotodinámica (TFD) utiliza fármacos que se activan con la exposición a la luz. Estos fármacos activados pueden eliminar las células cancerosas.

Cirugía

La cirugía es una operación o procedimiento para extirpar el cáncer del cuerpo. La cirugía suele ser el tratamiento principal o primario para extirpar el cáncer del esófago, pero puede ser solo una parte de un plan de tratamiento.

Al prepararse para la cirugía, busque la opinión de un cirujano experimentado. El cirujano debe ser experto en el tipo de intervención al que se someterá. La cirugía para el cáncer esofágico debe realizarse en un centro de alto volumen que realice al menos entre 15 y 20 cirugías esofágicas al año (y que cuente con un equipo multidisciplinario integrado por oncólogos especializados en cirugía torácica, medicina y radiación). Los hospitales en los que se hacen muchas cirugías tienden a tener mejores resultados. Puede pedir la derivación a un hospital o centro oncológico que tenga experiencia en el tratamiento del cáncer esofágico.

Importancia de la nutrición

El cáncer esofágico puede dificultar la alimentación. Un dietista o nutricionista puede ayudar con cualquier necesidad nutricional antes, durante y después del tratamiento del cáncer.



Las cirugías y los procedimientos endoscópicos deben ser realizados, preferiblemente, por cirujanos y endoscopistas con experiencia en centros que tratan un gran volumen de casos de cáncer esofágico. Un gran volumen de casos significa realizar muchos procedimientos al año.

La extirpación del cáncer mediante cirugía puede realizarse de diferentes maneras, según las circunstancias específicas, como el tamaño y la ubicación del tumor y si hay cáncer en algún órgano o tejido circundante. Su cirujano elegirá el abordaje en función de la forma más segura y adecuada de eliminar el cáncer.

La cirugía también puede aliviar el dolor o el malestar. Este procedimiento se llama cirugía paliativa.

Cirugía abierta

En la cirugía abierta, se pueden realizar incisiones en el tórax (toracotomía), abdomen (laparotomía) o cuello. Estas incisiones grandes permiten que el cirujano vea y acceda directamente al tumor en el esófago para extirparlo. La cirugía abierta puede durar varias horas o más. Después de este procedimiento, deberá permanecer en el hospital durante varios días para recuperarse.

Cirugía mínimamente invasiva

La cirugía mínimamente invasiva (cirugía laparoscópica) se realiza a través de varias incisiones pequeñas. Se introducen instrumentos pequeños a través de cada incisión para realizar la cirugía. Uno de los instrumentos, llamado videoscopio, es un tubo largo con una cámara de video en el extremo. La cámara le permite al médico ver el esófago y otros tejidos dentro del tórax y abdomen. Los demás instrumentos se usan para extirpar el tumor.

La cirugía mínimamente invasiva, también llamada cirugía toracoscópica y laparoscópica, se puede realizar con brazos robóticos para controlar el instrumental quirúrgico. A esto se le llama cirugía asistida por robot o cirugía robótica y es cada vez más frecuente.

Mediante una consola computarizada con una cámara de alta definición en el extremo del endoscopio, el cirujano opera el robot que realiza la cirugía. La cirugía robótica también utiliza pequeñas incisiones que ayudan a mejorar los tiempos de recuperación.

La cirugía mínimamente invasiva tiene las ventajas de presentar menos complicaciones y dolor que la cirugía abierta tradicional.

Resección tumoral

La extirpación quirúrgica del tumor se denomina resección tumoral. En primer lugar, se solicitarán estudios de diagnóstico por imágenes para determinar si el cáncer es resecable (se puede extirpar con cirugía) o irresecable (no se puede extirpar con cirugía). A veces, las exploraciones y los estudios de diagnóstico por imágenes no pueden mostrar claramente de qué tipo es.

Objetivo de la cirugía

El objetivo de la cirugía (resección tumoral) es eliminar todo el cáncer. A veces, un tumor no se puede extraer porque no se puede extirpar por completo, incluso si es localmente avanzado. Sin embargo, el objetivo final es extirpar el tumor junto con una parte de tejido de aspecto normal alrededor, llamado margen quirúrgico. El margen quirúrgico puede tener un aspecto normal durante la cirugía, pero es posible que se encuentren células cancerosas cuando un anatomopatólogo las observe al microscopio.

Si no se encuentran células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor, hay un margen claro o negativo. Un margen negativo es un buen resultado.

Cuando el margen es positivo, hay células cancerosas en el tejido de aspecto normal alrededor del tumor. Un margen positivo podría no ser un buen resultado. Si hay un margen positivo, es posible que necesite otra cirugía para eliminar las células tumorales remanentes. La cirugía también implica la extracción de los ganglios linfáticos. También es posible que reciba radioterapia si no se administró antes.

Márgenes quirúrgicos

El objetivo de la cirugía es lograr un margen quirúrgico libre de cáncer con un buen resultado funcional. Esto significa que lo ideal es extirpar el cáncer y, al mismo tiempo, preservar su capacidad para realizar las tareas diarias. Después de la cirugía, es probable que reciba tratamiento como radioterapia, quimiorradiación o tratamiento sistémico para eliminar cualquier célula cancerosa que haya quedado.

- **En un margen claro o negativo (conocido como R0)**, no hay células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor.
- **En una resección R1**, el cirujano extirpa todo el tumor visible, pero los bordes microscópicos siguen indicando presencia de células tumorales. A pesar de los esfuerzos, esto puede ocurrir.
- **En una resección R2**, el cirujano no puede extirpar todo el tumor visible o hay enfermedad metastásica.

Margen quirúrgico

Se extirpa el tumor, junto con algo de tejido de aspecto normal que lo rodea. El tejido de aspecto normal se llama margen quirúrgico. El margen quirúrgico se examina para detectar cáncer. El tratamiento posquirúrgico se basa en si hay cáncer en los márgenes.



El margen negativo (R0) es el mejor resultado. Su cirujano buscará atentamente el cáncer no solo a lo largo del margen quirúrgico, sino también en otras zonas cercanas. No siempre es posible detectar todo el cáncer. A veces, los cirujanos no pueden extirpar el tumor con un margen libre de cáncer de forma segura.

Los cirujanos suelen recurrir a una consulta anatomopatológica intraoperatoria. Esta consulta se realiza cuando un anatomopatólogo inspecciona la parte extirpada del esófago para determinar la ubicación del cáncer y la distancia entre los márgenes quirúrgicos durante la cirugía. El anatomopatólogo examina con el microscopio las secciones congeladas de los márgenes y otras posibles metástasis, como metástasis hepáticas. Una consulta anatomopatológica intraoperatoria con el cirujano es clave para guiar la cirugía. A veces, el cirujano puede detener el procedimiento si la consulta con el anatomopatólogo determina que los márgenes no pueden ser R0.

Para obtener más información sobre estos resultados, consulte a su equipo de atención médica.

Es posible que deba someterse a más de una cirugía. También podría colocarse un drenaje en la herida para evitar que se acumule líquido en el cuerpo después de la intervención. Estos drenajes suelen retirarse unos días después de la cirugía.



Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo

Fumar o vapear nicotina aumenta mucho sus posibilidades de sufrir efectos secundarios durante y después de la cirugía. Fumar y vapear pueden limitar los efectos del tratamiento e impiden la cicatrización de la herida. También aumentan las posibilidades de padecer otros cánceres. El consumo de cannabis también podría afectar la cantidad de anestesia que se utiliza durante la cirugía.

La nicotina es la sustancia química que se encuentra en el tabaco y que hace que quiera seguir fumando y vapeando. La abstinencia de la nicotina es un reto para la mayoría de las personas que fuman o vapean. El estrés de tener cáncer puede dificultar aún más el dejar de fumar. Si fuma o vapea, pregunte a su equipo de atención médica sobre asistencia psicológica y medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Puede encontrar más información en *NCCN Guidelines for Patients: Dejar de fumar*, disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Para obtener ayuda en línea, consulte estos sitios web:

- SmokeFree.gov
- CDC.gov/tobacco

Esofagectomía

La esofagectomía consiste en la extirpación de una parte, gran parte o la totalidad del esófago. Se trata de una intervención mayor, incluso cuando el cirujano emplea una técnica mínimamente invasiva. La cirugía abarca 2 o 3 cavidades corporales (abdomen, tórax y cuello) y suele durar entre 4 y 6 horas.

Es importante llevar una dieta saludable y hacer ejercicio antes de la cirugía. Estar en las mejores condiciones físicas posibles antes de la cirugía aumenta las probabilidades de una recuperación más rápida y sencilla.

Existen 2 tipos de esofagectomía.

- La **esofagectomía transhiatal (ETH)** se realiza mediante incisiones en el cuello y el abdomen. Por lo general, el estómago se une al esófago a la altura del cuello.
- La **esofagectomía transtorácica (ETT)** se realiza mediante incisiones en el abdomen y el tórax, y ocasionalmente también en el cuello. El estómago puede unirse al esófago en el tórax o en el cuello, según la ubicación del tumor.

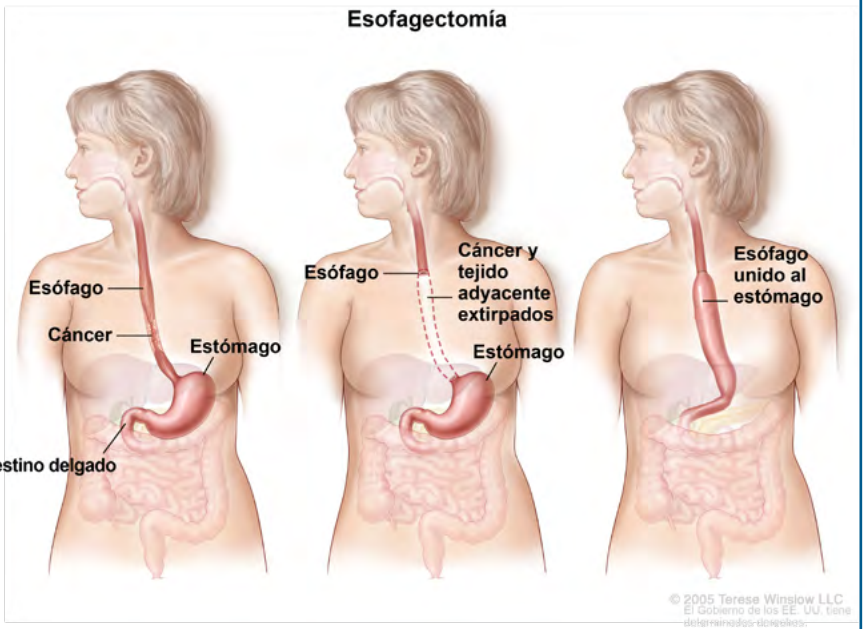
La esofagectomía puede realizarse mediante técnicas mínimamente invasivas, como la laparoscopía y la toracoscopia, o mediante cirugía robótica.

Conductos de reconstrucción

Un conducto es un tejido con forma de tubo, como el estómago, el colon o el intestino delgado, que se utiliza para reemplazar o reconstruir la parte del esófago extirpada durante una esofagectomía. El conducto estomacal (gástrico) es la opción preferida y el conducto más utilizado para reconstruir el esófago. El estómago es un órgano grande y resistente que tiene un gran suministro sanguíneo.

Antes y después de una esofagectomía

Estas imágenes muestran el antes y después de una esofagectomía. En este caso, se ha extirpado una gran parte del esófago. El estómago se llevó hacia arriba y se unió al esófago. A veces, en lugar del estómago, se utiliza un segmento del intestino delgado o del colon para reemplazar la parte faltante del esófago.



El tipo de cirugía esofágica depende de la ubicación del tumor, las opciones de conducto disponibles, la experiencia y preferencia del cirujano, así como de sus propias preferencias.

Otros procedimientos

Esofagogastrectomía

En una esofagogastrectomía, se extirpan la parte superior del estómago y la parte inferior del esófago. Un nutricionista o dietista le proporciona orientación sobre qué alimentos son los más adecuados para usted antes y después de esta cirugía.

Disección de los ganglios linfáticos

La extracción de los ganglios linfáticos o grupos de ganglios linfáticos se denomina disección ganglionar o de los ganglios linfáticos. También puede denominarse linfadenectomía. Aunque se deben extirpar y analizar al menos 16 ganglios regionales para detectar cáncer, los expertos de NCCN recomiendan la extirpación de más de 30 ganglios linfáticos. La razón para extirpar más ganglios linfáticos es lograr una estadificación más precisa, mejorar la supervivencia y reducir el riesgo de recidiva (reaparición del cáncer).

Orden de los tratamientos

Tratamiento neoadyuvante
El tratamiento **neoadyuvante (previo)** se administra para controlar el tumor antes del tratamiento primario (cirugía). Puede facilitar la cirugía en el caso de algunos tumores complicados.

Tratamiento primario
El **tratamiento primario** es el tratamiento principal que se administra para eliminar el cáncer del cuerpo. La cirugía suele ser el tratamiento principal cuando se puede extirpar el tumor.

El **tratamiento de primera línea** es la primera serie de fármacos oncológicos administrados.

El **tratamiento de segunda línea** es la siguiente serie de fármacos oncológicos que se administran si el tratamiento de primera línea no funciona.

Tratamiento adyuvante
El tratamiento **adyuvante (posterior)** se administra tras el tratamiento primario para eliminar del cuerpo las células cancerosas que hayan quedado tras la cirugía. También se utiliza cuando se considera que hay un riesgo alto de que el cáncer reaparezca (recidiva).

Sonda de gastrostomía

Una sonda de gastrostomía (sonda G) es un tubo de plástico blando que se introduce a través de la piel del abdomen directamente en el estómago. Permite que el aire y los líquidos salgan del estómago y puede utilizarse para administrar medicamentos y líquidos, incluso alimentos líquidos.

La administración de alimentos a través de una sonda de gastrostomía, también llamada sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP), se conoce como nutrición enteral.

Sonda de yeyunostomía

Una sonda de yeyunostomía (sonda J) es un tubo de plástico flexible que se introduce a través de la piel del abdomen y luego en la sección media del intestino delgado. Esta sonda permite administrar medicamentos y alimentos hasta que vuelva a estar en condiciones de alimentarse por vía oral.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico es una terapia que actúa en todo el cuerpo. Los tipos incluyen quimioterapia, quimiorradiación, tratamiento dirigido e inmunoterapia. Este tipo de tratamiento puede usarse solo o en combinación con otras terapias. Es importante hablar con su equipo de atención médica sobre los objetivos y los efectos secundarios del tratamiento sistémico antes de comenzar la terapia, para estar bien informado sobre lo que podría experimentar.

El tratamiento sistémico puede administrarse en diferentes momentos. A continuación, se explican los tipos y los momentos de administración de estos tratamientos:

- El tratamiento sistémico o la quimiorradiación administrados antes de la cirugía se denominan **tratamientos neoadyuvantes** o **prequirúrgicos**.
- El tratamiento sistémico administrado antes y después de la cirugía se denomina **tratamiento periquirúrgico**.
- El tratamiento sistémico administrado después de la cirugía se denomina **tratamiento adyuvante o posquirúrgico**.
- El tratamiento sistémico que se administra en casos de cáncer avanzado puede ser una parte del **tratamiento paliativo**.

Por qué se prefieren algunos tratamientos

Todos los tratamientos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos** que funcionan mejor para individuos con un cáncer con determinadas características o circunstancias de salud específicas.

Quimioterapia

La quimioterapia elimina las células de rápido crecimiento en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como algunas de las normales. Cuando se combinan varias quimioterapias, se denomina quimioterapia combinada o con agentes múltiples. La quimioterapia puede administrarse antes y después de la cirugía. Puede administrarse con radioterapia (lo que se conoce como quimiorradiación).

Los siguientes son algunos ejemplos de quimioterapia (ordenados por orden alfabético):

- Capecitabina (Xeloda)
- Carboplatino
- Cisplatino
- Docetaxel (Taxotere)
- Fluorouracilo
- Irinotecán (Camptosar)
- Oxaliplatino (Eloxatin)
- Paclitaxel (Taxol)

Quimiorradiación

El tratamiento que combina quimioterapia con radioterapia se denomina quimiorradiación. La quimioterapia puede mejorar los efectos de la radiación, por lo que en ocasiones se administran juntas. La quimiorradiación puede administrarse para controlar los síntomas causados por un tumor, reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía, prevenir la reaparición del cáncer tras la cirugía o como tratamiento principal del tumor. Puede administrarse de 2 formas: secuencial (un tratamiento tras otro) o simultáneo (se administra quimioterapia y radioterapia al mismo tiempo).

Inmunoterapia

El sistema inmunitario tiene muchos interruptores de encendido y apagado. Los tumores se aprovechan de los interruptores de apagado, como la proteína de muerte celular programada 1 (PD-1) y CTLA4. La inmunoterapia es un tipo de tratamiento sistémico que intenta reactivar el sistema inmunitario para destruir las células tumorales. Los inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) constituyen un tipo de inmunoterapia.



Advertencias sobre interacciones de los medicamentos y suplementos

Es posible que se le pida que deje de tomar o evite ciertos suplementos herbarios cuando se someta a un tratamiento sistémico. Algunos suplementos pueden afectar la capacidad de un medicamento para realizar su función. Esto se conoce como interacción farmacológica.

Es fundamental hablar con su equipo de atención médica sobre cualquier suplemento que esté tomando. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Cúrcuma
- Ginkgo biloba
- Extracto de té verde
- Hierba de San Juan
- Antioxidantes

Ciertos medicamentos también pueden afectar la capacidad de un medicamento para realizar su función. Los antiácidos, los medicamentos para el corazón o la presión arterial y los antidepresivos son solo algunos de los medicamentos que pueden interactuar con el tratamiento sistémico o los medicamentos del tratamiento complementario que se dan durante el tratamiento sistémico. Por eso, es importante que informe a su equipo de atención médica sobre cualquier medicamento, vitaminas, medicamentos de venta libre, herbarios o suplementos que esté tomando.

Lleve una lista con usted a cada consulta.

La inmunoterapia puede administrarse sola o junto con otros tipos de tratamiento. Los siguientes son algunos ejemplos de inmunoterapia para el cáncer esofágico (ordenados por orden alfabético):

- Dostarlimab-gxly (Jemperli)
- Durvalumab (Imfinzi)
- Ipilimumab (Yervoy)
- Nivolumab (Opdivo)
- Pembrolizumab (Keytruda)
- Tislelizumab-jsgr (Tevimbra)
- Tremelimumab (Imjudo)

Puede encontrar más información sobre los efectos secundarios de los ICI y de la inmunoterapia en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido afecta a una característica específica o única de las células cancerosas. Los tratamientos dirigidos buscan observar de qué manera las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se desplazan en el cuerpo. Estos medicamentos detienen o inhiben la acción de las moléculas que colaboran con el crecimiento y la supervivencia de las células cancerosas.

La quimioterapia y el tratamiento sistémico no son lo mismo. Este último incluye quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.

Estos son los tratamientos dirigidos para el cáncer esofágico:

- El ramucirumab (Cyramza) se dirige a los receptores de VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular).
- El entrectinib (Rozlytrek) y larotrectinib (Vitrakvi) son ejemplos de inhibidores de TRK utilizados para tumores con fusión del gen *NTRK*.
- El trastuzumab (Herceptin) o trastuzumab deruxtecan (Enhertu) se dirigen a los tumores con sobreexpresión de HER2.

Radioterapia

La radioterapia (RT) utiliza radiación de alta energía de rayos X, fotones, protones, electrones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. La RT puede administrarse sola o junto con otros tratamientos. A diferencia del tratamiento farmacológico, que circula por todo el cuerpo para tratar un tumor, la radioterapia consiste en dirigir con precisión un haz sobre zonas individuales. Puede dirigirse a la zona del esófago o los ganglios linfáticos donde se encuentra el tumor y a las zonas cercanas donde podría haber células tumorales ocultas.

La RT puede utilizarse como tratamiento primario para el cáncer esofágico. Puede administrarse antes o después de una cirugía para tratar o ralentizar el crecimiento del cáncer, especialmente si los márgenes quirúrgicos presentan células cancerosas. También puede administrarse para tratar un tumor que se ha extendido (ha hecho metástasis) a otras partes del cuerpo. La RT también puede utilizarse como tratamiento complementario o cuidados paliativos para ayudar a aliviar el dolor o las molestias causadas por el cáncer, o para controlar el sangrado provocado por un tumor.

Tipos de RT

- La **radioterapia de haz externo (RTHE)** utiliza una máquina fuera del cuerpo para dirigir la radiación hacia los tumores o áreas del cuerpo.
- La **radiación interna** se coloca dentro del cuerpo como un elemento sólido, como semillas. Esto se conoce como braquiterapia.

No sentirá la radiación mientras recibe el tratamiento, pero con el tiempo pueden aparecer efectos secundarios en la zona tratada. Consulte los riesgos y efectos secundarios con su equipo de atención médica.

Ensayos clínicos

Otra opción de tratamiento en cualquier estadio de la enfermedad es participar en un ensayo clínico. Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Pregúntele a su equipo de atención médica las opciones de tratamiento con las que cuenta y si podría participar de un ensayo clínico.



Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estas garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera de este en cualquier momento.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)
clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer
(Cancer Information Service, CIS) del NCI
+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)
cancer.gov/contact

Mi médica me recomendó buscar otras opiniones médicas para asegurarme de estar conforme con mi decisión de tratamiento. Solo después de decidirme, me compartió su opinión".

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario está disponible en cualquier momento del tratamiento del cáncer. Se administra para prevenir, reducir y aliviar los síntomas y efectos secundarios, y para mejorar la calidad de vida mientras recibe el tratamiento oncológico. Puede incluir alivio del dolor, apoyo emocional o espiritual, atención domiciliaria, equipamiento médico, ayuda económica o asesoramiento familiar. Indique a su equipo de atención médica cómo se siente y si tiene algún efecto secundario del tratamiento para que puedan controlarlo.

Es muy importante cuidarse mediante una buena alimentación, la ingesta de muchos líquidos, el ejercicio y las actividades que le den energía.

Es necesario que tenga fuerza para sostenerse durante el tratamiento. Para obtener más información sobre el tratamiento complementario, consulte el *Capítulo 9: Tratamiento complementario*.

Tratamiento complementario y cuidados paliativos: ¿son lo mismo?

Es posible que oiga los términos “tratamiento complementario” y “cuidados paliativos” y piense que son lo mismo. Si bien ambos tienen por objetivo mejorar la calidad de vida, tienen significados ligeramente diferentes.

Los cuidados paliativos (también llamados tratamiento paliativo) pueden formar parte del tratamiento complementario. El objetivo de los cuidados paliativos es aliviar los síntomas más importantes como dolor, sangrado, obstrucciones, náuseas o vómitos en el cáncer avanzado.

El tratamiento complementario es un tipo de atención más amplia disponible en cualquier momento durante el tratamiento del cáncer. Su objetivo es brindarle apoyo a usted y a su familia para que pueda tolerar mejor el tratamiento. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 9: Tratamiento complementario*.

Puntos clave

- La cirugía es el tratamiento principal o primario para el cáncer esofágico.
- Un tumor resecable se puede extirpar con cirugía. Un tumor irresecable no se puede extirpar con cirugía.
- El tratamiento sistémico actúa en todo el cuerpo. Incluye quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.
- Los tratamientos dirigidos pueden bloquear las formas en que las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se mueven en el cuerpo.
- La inmunoterapia utiliza las defensas naturales de su cuerpo para encontrar y destruir células cancerosas.
- La radioterapia (RT) utiliza radiación de alta energía de rayos X, rayos gamma, protones, fotones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores.
- Un ensayo clínico es un tipo de investigación que estudia un tratamiento para determinar qué tan seguro es y qué tan bien funciona.

Preguntas para hacer

- ¿Cuál es su experiencia en el tratamiento del cáncer esofágico? ¿Qué otras enfermedades trata?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Cuál es el estadio de mi enfermedad?
- ¿Existen opciones de ensayos clínicos para mí?
- Me gustaría tener una segunda opinión. ¿Existe alguna persona o algún recurso que pueda recomendarme para solicitarla?

¿Cuál es el siguiente paso?

Después de leer todas las opciones de tratamiento y la estadificación, puede encontrar información más específica sobre el tratamiento según su tipo de cáncer en el *Capítulo 6: Adenocarcinoma*, *Capítulo 7: Carcinoma de células escamosas* y *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

6
Adenocarcinoma

54 Estadio temprano

56 Localmente avanzado

60 Después de la esofagectomía

62 Atención de seguimiento

63 Puntos clave

63 Preguntas para hacer

El tratamiento del adenocarcinoma esofágico se basa en el tamaño y la ubicación del tumor, así como en su estado general de salud. Este capítulo está dirigido a personas con diagnóstico de adenocarcinoma en estadio temprano o localmente avanzado.

El adenocarcinoma esofágico comienza en las células que producen mucosidad en el esófago. Este tipo de cáncer suele encontrarse en la parte inferior del esófago. Como los síntomas del cáncer esofágico suelen aparecer una vez que la enfermedad ha avanzado, el diagnóstico en un estadio temprano no es tan frecuente como en un estadio localmente avanzado.

Estadio temprano

Es probable que haya recibido un diagnóstico de adenocarcinoma en estadio temprano después de realizarse varios estudios de diagnóstico por imágenes y una biopsia o de someterse a una resección endoscópica (RE) mediante la que se confirmó el diagnóstico.

Sin embargo, comprender el diagnóstico puede no ser sencillo. El adenocarcinoma en estadio temprano incluye tanto los estadios clínicos como anatomopatológicos. Los estudios de diagnóstico por imágenes y la biopsia determinan el estadio clínico, y esta información junto con la RE determinan el estadio anatomopatológico.

La RE se destaca por su precisión al estadificar los cánceres en estadio temprano, ya que proporciona información más detallada sobre el crecimiento del tumor que la ecografía endoscópica (EE), que puede realizarse después de una endoscopia GI superior para la estadificación.

Siempre que se trate de un tumor pequeño y en estadio temprano, se puede extirpar mediante RE, que luego se examinará al microscopio. La EE es menos invasiva, pero aun así permite ver imágenes detalladas de las capas de la pared esofágica, el crecimiento del tumor y los ganglios linfáticos. La EE es más útil cuando se combina con una biopsia en otros estadios de la enfermedad.

Para obtener información sobre la estadificación y una ilustración de la pared esofágica, consulte el *Capítulo 3*: *Estadificación del cáncer esofágico*.

La RE no solo ayuda a estadificar el cáncer en estadio temprano, sino que también puede ayudar a extirparlo. Para obtener más información sobre los tipos de tratamiento, consulte la **Guía 3**.

Así se desglosan los estadios una vez recibido el diagnóstico:

Clínico

- Estadio 1: el tumor ha invadido la submucosa.
- Estadio 2: el tumor se ha extendido a la capa muscular propia.

Guía 3
Posibles tratamientos para el adenocarcinoma en estadio temprano

Esofagectomía
Resección endoscópica
Ablación

Patológico

- Estadio 0: se encuentran células anormales en la capa epitelial de la mucosa. Esto podría denominarse displasia o esófago de Barrett con displasia de alto grado.
- Estadio 1A: el tumor invade la lámina propia o la capa muscular de la mucosa.
- Estadio 1B: el tumor se extiende a la segunda capa de la pared esofágica (la submucosa).

Antes de comenzar el tratamiento, su equipo de atención médica debe reunirse para analizar cómo procederán. Podrían recomendar una laparoscopía (cirugía mínimamente invasiva) si no hay evidencia de metástasis (extensión) y el tumor se encuentra en la unión esofagogástrica (UGE). También podrían recomendarle recibir nutrición líquida a través de una sonda de alimentación enteral para que pueda recibir suficientes nutrientes antes de cualquier tratamiento.

Su tratamiento se basará en el tamaño, el grado, la profundidad y la ubicación del tumor, así como en su estado de salud general.

Si está en condiciones de someterse a una cirugía y no presenta otros problemas médicos graves que se lo impidan, la esofagectomía podría ser una opción. Para las personas que no desean o no pueden someterse a una cirugía, la quimiorradiación podría ser una opción.

Si la terapia endoscópica o la cirugía es una opción

El adenocarcinoma en estadio temprano tiene menos probabilidades de haberse extendido a los ganglios linfáticos, por lo que el tratamiento mediante una terapia endoscópica menos invasiva, como la RE, puede ser una opción. Sin embargo, si el cáncer se ha extendido a la segunda capa (la submucosa), es posible que se le realice una esofagectomía.

Estadio clínico 1 o 2

Si no se ha realizado una RE y con las pruebas y biopsias recibió un diagnóstico de cáncer en estadio clínico 1 o 2, su opción de tratamiento es la siguiente:

- Esofagectomía (consulte la sección “Después de la esofagectomía” para saber qué sigue).

Estadio anatomopatológico 0, 1A, 1B o 1C

Si se ha realizado una RE antes del diagnóstico, es posible que necesite otros tratamientos, que podrían incluir otra RE para extirpar cualquier zona cancerosa restante.

En otras palabras, si su estado de salud lo permite, podría realizarse lo siguiente:

- RE con o sin ablación.
- Ablación.
- Esofagectomía (consulte la sección “Después de la esofagectomía” para saber qué sigue).

Cuando la cirugía no es una opción

El tumor que no puede extirparse por completo con esofagectomía se denomina irresecable. Para las personas que tienen un tumor irresecable, que no están en condiciones de someterse a una cirugía mayor o que no desean hacerlo, el tratamiento consistirá en RE o ablación. Al tratamiento puede seguirlo la quimiorradiación.

Estadio anatomopatológico 0

En el estadio anatomopatológico 0, si no está en condiciones de someterse a una cirugía o no desea hacerlo, el tratamiento puede incluir lo siguiente:

- RE con o sin ablación.
- Ablación.

Estadio anatomopatológico 1A, 1B o 1C
En los estadios anatomopatológicos 1A, 1B o 1C, la opción de tratamiento es la siguiente:

- RE con o sin ablación.

La quimiorradiación podría ser un tratamiento adicional si el cáncer presenta características más avanzadas, como invasión linfovascular (ILV), un grado más alto, márgenes positivos o un tamaño mayor (2 centímetros o más).

Vigilancia

El paso de vigilancia comenzará unas 6 semanas o más después de la terapia endoscópica. La vigilancia consiste en buscar y tratar cualquier signo que indique que el cáncer ha reaparecido, lo que se conoce como recidiva. Esto implica realizarse una endoscopia GI superior cada 3 meses durante el primer año, cada 6 meses durante el segundo año y, posteriormente, una vez al año. Mediante este estudio, se buscarán signos de engrosamiento de la pared esofágica. También permitirá detectar la presencia de esófago de Barrett o displasia recurrente.

Localmente avanzado

En el adenocarcinoma localmente avanzado (también llamado locorregional), el tumor se ha extendido hacia otras capas del esófago y puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos o no. Se trata de un cáncer que se extendió, pero no hizo metástasis (es decir, no se ha extendido lejos del sitio donde comenzó).

El adenocarcinoma localmente avanzado suele diagnosticarse y tratarse en función de su estadio clínico. Esto significa que el estadio se determina según la información obtenida mediante la ecografía endoscópica (EE) y otros resultados de biopsias y estudios de diagnóstico por imágenes.

Uno de los marcadores más importantes del cáncer esofágico más avanzado es la presencia de invasión linfovascular (ILV). Esto significa que, aunque no se detecte cáncer en los ganglios linfáticos, las células cancerosas son más agresivas y se extienden a los vasos linfáticos o sanguíneos dentro del tumor o cerca de él. También podría significar que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos sin que se detectara en la biopsia inicial.
Si el anatomopatólogo detecta ILV al examinar

Sus preferencias sobre el tratamiento siempre son importantes. Hable con su equipo de atención médica y hágale saber cuáles son sus deseos.



la biopsia, hay una mayor probabilidad de que el cáncer se extienda a los ganglios linfáticos.

Antes de comenzar el tratamiento, es posible que su equipo de atención médica le recomiende alimentarse a través de una sonda que se introduce directamente en el estómago o el intestino delgado. Si se determina que está en condiciones de realizarse una esofagectomía, siga leyendo a continuación. Si no puede someterse a una cirugía, consulte la sección “Cuando la cirugía no es una opción”.

Para obtener más información sobre los tipos de tratamiento, consulte la **Guía 4**.

Cuando la cirugía es una opción

Estadio clínico 1 o 2A

En estos estadios, la esofagectomía podría ser una opción si el tumor mide menos de 3 centímetros (cm), no se ha extendido más allá de la tercera capa (capa muscular propia) de la pared esofágica y no hay cáncer en los ganglios linfáticos. El tratamiento posterior a la esofagectomía se basará en los resultados de los márgenes quirúrgicos. Consulte “Después de la esofagectomía”.

Guía 4
Posibles tratamientos para el adenocarcinoma localmente avanzado

Esofagectomía
Quimiorradiación
Quimioterapia
Tratamiento sistémico
Tratamiento paliativo
Radioterapia paliativa
Observación

Estadio clínico 2B o 3

Para tumores de 3 cm o más grandes, casos en los que se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos o tumores que han crecido hasta alcanzar o ir más allá de la tercera capa (capa muscular propia) de la pared esofágica, las opciones de tratamiento incluyen lo siguiente:

- **Tratamiento sistémico periquirúrgico (cerca del momento de la cirugía)** (opción preferida), seguido de estudios de diagnóstico por imágenes y una endoscopia GI superior con biopsia para controlar el estado del cáncer.
  - Si no se detecta cáncer o si se detecta, pero se considera localizado, el tratamiento consistirá en una esofagectomía. Incluso si no se encuentra cáncer, esta cirugía podría ser necesaria para prevenir la reaparición del cáncer. Consulte “Después de la esofagectomía” para obtener información sobre lo que sigue.
  - Si no desea someterse a una cirugía o su cáncer es irresecable (no se puede extirpar con cirugía), la opción consiste en solo recibir quimiorradiación y, luego, atención de seguimiento. Consulte “Atención de seguimiento”.
  - Si se determina que no está en condiciones de tolerar la cirugía después del tratamiento sistémico y los estudios de diagnóstico por imágenes, puede recibir solo quimiorradiación seguida de atención de seguimiento o tratamiento paliativo. (Consulte los Capítulos 8 y 9 para obtener más información sobre el tratamiento paliativo).
  - Si el cáncer se ha extendido a zonas distantes (es metastásico), la opción disponible es el tratamiento paliativo.

- La **quimiorradiación prequirúrgica** puede ser una opción si el tumor es potencialmente resecable (puede extirparse) para ayudar a reducir su tamaño antes de la cirugía. Si recibe quimiorradiación prequirúrgica, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes y una endoscopia GI superior con biopsia para controlar el estado del cáncer. La quimiorradiación también es una opción si no está en condiciones de someterse a una cirugía o quimioterapia.
  - Si no se detecta cáncer, se le realizará una esofagectomía (opción preferida). Aunque no se haya encontrado cáncer, esta cirugía podría ser necesaria para prevenir la reaparición del cáncer. Otra opción es la observación como parte de la atención de seguimiento. Consulte "Atención de seguimiento".
  - Si el cáncer persiste y se considera que está localizado, se le realizará una esofagectomía (opción preferida) o recibirá tratamiento paliativo.
  - Si el cáncer se considera irresecable o se convierte en metastásico, la opción es el tratamiento paliativo.
- **Si el tumor presenta inestabilidad microsatelital alta o una deficiencia de reparación de desajustes (MSI-H/dMMR)**, su equipo de atención médica deberá reunirse para determinar los próximos pasos. Es posible que reciba un inhibidor del punto de control inmunitario (ICI) antes de la cirugía (período prequirúrgico) y durante esta (período periquirúrgico). Después del tratamiento, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes y una endoscopia GI superior con biopsia para controlar el estado del cáncer.
  - Si no se detecta cáncer, pasará a la observación como parte de la atención de seguimiento (consulte "Atención de seguimiento") o una esofagectomía (consulte "Después de la esofagectomía") para prevenir la recidiva y mejorar la supervivencia a largo plazo.
  - Si el cáncer persiste y se considera que está localizado, se le realizará una esofagectomía (opción preferida) o recibirá un tratamiento paliativo.
  - Si se detectan nuevas metástasis, recibirá tratamiento paliativo.
- La **quimiorradiación sola** (también llamada quimiorradiación definitiva) es una opción para las personas que no desean someterse a una cirugía. Si recibe quimiorradiación, pasará a la observación como parte de la atención de seguimiento. Consulte "Atención de seguimiento".

El término "tratamiento paliativo" abarca todos los tratamientos destinados a reducir el dolor y el sufrimiento. El término "cuidados paliativos" es más específico. Consulte los Capítulos 8 y 9 para obtener más información.

Para ver las opciones de tratamiento sistémico, consulte la **Guía 5**.

Estadio clínico 4A

Para los tumores que atravesaron las capas de la pared esofágica hasta llegar a las estructuras cercanas, las opciones de tratamiento son las siguientes:

- Quimiorradiación sola.
- Quimioterapia sola, si se detecta cáncer en la tráquea, los grandes vasos sanguíneos o el corazón.

Guía 5
Las opciones de tratamiento sistémico

Quimiorradiación prequirúrgica (antes de la cirugía)	**Opción preferida** • Paclitaxel y carboplatino • Fluorouracilo y oxaliplatino **Otras recomendaciones** • Fluorouracilo y cisplatino • Irinotecán y cisplatino • Paclitaxel y fluoropirimidina
Inmunoterapia prequirúrgica o periquirúrgica (cerca del momento de la cirugía)	**Útil en algunos casos** Solo para tumores con MSI-H/dMMR • Dostarlimab-gxly solo como tratamiento neoadyuvante • Nivolumab e ipilimumab seguido de nivolumab • Pembrolizumab • Tremelimumab y durvalumab solo para el tratamiento neoadyuvante
Tratamiento sistémico periquirúrgico	**Opción preferida** • FLOT (fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino y docetaxel) - Para tumores con presencia de PD-L1, FLOT más durvalumab - Para tumores con ganglios negativos detectados clínicamente, FLOT más durvalumab - Para los adenocarcinomas de la UGE de tipo difuso, FLOT más durvalumab **Otras recomendaciones** • Fluorouracilo y cisplatino • Fluoropirimidina y oxaliplatino
Quimiorradiación definitiva	**Opción preferida** • Paclitaxel y carboplatino • Fluorouracilo y oxaliplatino **Otras recomendaciones** • Fluorouracilo y cisplatino • Cisplatino con docetaxel o paclitaxel • Irinotecán y cisplatino • Paclitaxel y fluoropirimidina
Tratamiento sistémico posquirúrgico (después de la cirugía)	**Opción preferida** • Nivolumab solo después de la quimiorradiación prequirúrgica con resección R0 • y enfermedad residual **Otras recomendaciones** • Capecitabina y oxaliplatino • Fluorouracilo y oxaliplatino • Fluoropirimidina (fluorouracilo por infusión o capecitabina) antes y después de la quimiorradiación con fluoropirimidina

Sin embargo, si recibe quimiorradiación, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes y una endoscopia GI superior con biopsia después del tratamiento para determinar si todavía hay cáncer. Si no se detecta cáncer, pasará a la observación (opción preferida) o se le realizará una esofagectomía. Si se somete a la cirugía, consulte la sección “Después de la esofagectomía”.

Si se detecta cáncer, pero está localizado y no es metastásico, las opciones son la esofagectomía (opción preferida) o el tratamiento paliativo. Si se somete a cirugía, consulte la sección “Después de la esofagectomía”.

El estadio clínico 4B es cáncer metastásico. Para obtener más información sobre el tratamiento, consulte el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

Cuando la cirugía no es una opción

No todas las personas están en condiciones de someterse a una cirugía o tienen el deseo de hacerlo. Independientemente del estadio, la quimiorradiación es una opción para las personas que no desean someterse a una cirugía o no están en condiciones de hacerlo. Para las personas que no toleran la quimiorradiación, existen opciones como la radioterapia paliativa o los cuidados paliativos.

Después de la esofagectomía

El objetivo de la cirugía (esofagectomía) es extirpar el tumor y todo rastro de cáncer que haya quedado. El tratamiento posterior a la cirugía depende de si, durante la intervención, se determina que el cáncer es R0, R1 o R2 (esto se explica a continuación).

Sin embargo, el siguiente paso es importante si no recibió tratamiento antes de la cirugía. Consulte la próxima sección. Si recibió tratamiento, consulte “Si recibió quimiorradiación o tratamiento sistémico antes de la cirugía”.

Mantenga una actitud positiva y acepte el cariño de las personas de su entorno que se preocupan por usted. Crea siempre en que va a estar bien.



Si no recibió quimiorradiación o tratamiento sistémico en primer lugar

Si se sometió a una esofagectomía y no recibió quimiorradiación ni tratamiento sistémico antes, el cáncer se estadificará con las nuevas muestras de tejido más detalladas que se extrajeron durante la cirugía.

Resección R0

En un margen de resección claro o negativo (R0), no hay células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor. Si los ganglios linfáticos tampoco presentan signos de cáncer, lo que se denomina ganglios negativos, pasará a la observación como parte de la atención de seguimiento. Esto correspondería a un estadio anatomopatológico 0, 1 o 2A o 2B. Consulte “Atención de seguimiento”.

Si el cáncer se encuentra en un estadio anatomopatológico 3B o 4A, o si los ganglios linfáticos son positivos en cualquier estadio, las opciones incluyen lo siguiente:

- Quimioterapia
- Quimiorradiación con fluoropirimidina (quimioterapia)
- Observación

Después del tratamiento, pasará a la atención de seguimiento. Consulte “Atención de seguimiento”.

Resección R1

El margen R1 positivo significa que el cirujano extirpó todo el tumor visible, pero aún queda cáncer microscópico en el margen. Este cáncer no se puede ver a simple vista, pero sí con un microscopio. Para el tratamiento, recibirá quimiorradiación con fluoropirimidina (quimioterapia).

Resección R2

La resección R2 significa que el cirujano no pudo extirpar todo el tumor visible o que hay cáncer en el margen quirúrgico, el cual puede verse a simple vista. El cáncer que queda después de la cirugía puede estar cerca de donde estaba el tumor primario, en los ganglios linfáticos o en sitios distantes (metastásico). Su tratamiento será uno de los siguientes:

- Quimiorradiación con fluoropirimidina (quimioterapia)
- Tratamiento paliativo

Si recibió quimiorradiación o tratamiento sistémico antes de la cirugía

Si se sometió a una esofagectomía, pero antes recibió quimiorradiación o tratamiento sistémico, el cáncer se volverá a estadificar con las nuevas muestras de tejido más detalladas que se extrajeron durante la esofagectomía.

Resección R0

Si no se encontró cáncer en los márgenes y el cáncer se encuentra ahora en estadio anatomopatológico 1, sus opciones incluyen lo siguiente:

- Tratamiento sistémico, si lo recibió cerca del momento de la cirugía (período periquirúrgico).
- Observación, si no está en condiciones de recibir tratamiento sistémico.

Si no se encontró cáncer en los márgenes y el cáncer se encuentra ahora en estadio anatomopatológico 1, 2, 3A, 3B, 4A o 4B, sus opciones son las siguientes:

- Tratamiento sistémico, si lo recibió cerca del momento de la cirugía (período periquirúrgico).
- Inmunoterapia con nivolumab, si recibió quimiorradiación prequirúrgica.
- Observación, si no está en condiciones de recibir más tratamiento sistémico.

Después del tratamiento, pasará a la atención de seguimiento (consulte “Atención de seguimiento”). La atención de seguimiento debe incluir una endoscopia GI superior con biopsia (y ecografía endoscópica, si es necesario) cada 12 semanas durante 2 años y, posteriormente, cada 6 meses hasta completar 5 años.

Resección R1

Por otra parte, si se trata de una resección R1 significa que aún hay cáncer en los márgenes quirúrgicos, recibirá lo siguiente:

- Quimiorradiación con fluoropirimidina (quimioterapia), solo si no recibió radioterapia prequirúrgica.
- Observación como parte de la atención de seguimiento.
- Posiblemente otra cirugía.

Resección R2

La resección R2 significa que el cirujano no pudo extirpar todo el tumor visible o que hay cáncer en el margen quirúrgico, el cual puede verse a simple vista. El cáncer que queda después de la cirugía puede estar cerca de donde estaba el tumor primario, en los ganglios linfáticos o en sitios distantes (metastásico). Las opciones de tratamiento son las siguientes:

- Quimiorradiación con fluoropirimidina (quimioterapia), solo si no recibió radioterapia prequirúrgica.
- Tratamiento paliativo.

Atención de seguimiento

Después del tratamiento, recibirá atención de seguimiento para detectar signos de que el cáncer volvió a aparecer, lo que se conoce como recidiva. Para obtener más información sobre la recidiva, consulte el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

Si el tumor se trató con cirugía o resección endoscópica (RE), la atención de seguimiento debería incluir lo siguiente:

- Antecedentes médicos y examen físico cada 3 a 6 meses durante 1 a 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 años.
- Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico, según sea necesario.
- Estudios de diagnóstico por imágenes según sea necesario para detectar signos y síntomas de cáncer.
- Endoscopia GI superior con biopsia según sea necesario si hay signos o síntomas de cáncer.
- Dilatación para la estenosis anastomótica (una cirugía mínimamente invasiva que ensancha el esófago después de una esofagectomía).
- Asesoramiento nutricional.

Puntos clave

- El tratamiento se basa en el tamaño, la profundidad y la ubicación del tumor, así como en su estado de salud general.
- Los tumores muy pequeños en estadio temprano se estadifican mediante una muestra de biopsia obtenida por resección endoscópica. Esto se llama estadio anatomopatológico.
- El cáncer localmente avanzado se estadifica antes de la cirugía. Esto se llama estadio clínico. Se basa en la ecografía endoscópica (EE) y en los resultados de otros estudios de diagnóstico por imágenes o biopsias.
- El tumor y los ganglios linfáticos extirpados durante la esofagectomía se analizarán y estadificarán antes de comenzar el siguiente tratamiento.
- Se puede administrar quimiorradiación antes de la cirugía (período prequirúrgico), después de esta (período posquirúrgico) o como tratamiento definitivo (único).
- El tratamiento paliativo abarca todos los tratamientos destinados a aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Después del tratamiento, recibirá atención de seguimiento. Es importante seguir cuidando su salud y acudir a todas las visitas médicas y estudios de diagnóstico por imágenes programados.

Preguntas para hacer

- ¿En qué estadio se encuentra mi cáncer esofágico y por qué?
- ¿Cómo es el período posquirúrgico en el hospital?
- ¿Cuánto tiempo me tomará recuperarme de la cirugía?
- ¿Hay cáncer en los ganglios linfáticos? De ser así, ¿qué significa esto para mí?
- Me gustaría buscar una segunda opinión. ¿Podría recomendarme algún profesional?

¿Cuál es el siguiente paso?

Después del tratamiento, y como se mencionó antes, se le realizarán exámenes y estudios de diagnóstico por imágenes de manera periódica. Mientras tanto, asegúrese de contactar a su médico si tiene síntomas nuevos o si se ha agravado alguno de ellos. Consulte el *Capítulo 10: Supervivencia* para saber qué esperar a continuación.



Defienda sus intereses. Converse con alguien que haya pasado por lo mismo que usted. Haga muchas preguntas, incluso las que tenga miedo de hacer. Tiene que protegerse y cerciorarse de tomar las mejores decisiones y recibir la mejor atención para su caso en particular".

7

Carcinoma de células escamosas

65 Estadio temprano

67 Localmente avanzado

69 Después de la esofagectomía

70 Atención de seguimiento

71 Puntos clave

71 Preguntas para hacer

El tratamiento para el carcinoma esofágico de células escamosas se basa en el tamaño y la ubicación del tumor, así como en su estado de salud general. Este capítulo está dirigido a personas con diagnóstico de carcinoma de células escamosas en estadio temprano o localmente avanzado.

El carcinoma esofágico de células escamosas se origina en las células delgadas y planas que se encuentran en el revestimiento interno del esófago, conocido como epitelio. El carcinoma esofágico de células escamosas suele encontrarse en la parte media y superior del esófago. Como los síntomas del cáncer esofágico suelen aparecer una vez que la enfermedad ha avanzado, el diagnóstico en un estadio temprano no es tan frecuente como en un estadio localmente avanzado.

Estadio temprano

Es probable que haya recibido un diagnóstico de adenocarcinoma en estadio temprano después de realizarse varios estudios de diagnóstico por imágenes y una biopsia, o de someterse a una resección endoscópica (RE) mediante la que se confirmó su diagnóstico.

Sin embargo, es posible que no sea tan sencillo comprender el diagnóstico. El cáncer esofágico de células escamosas en estadio temprano abarca tanto los estadios clínicos como anatomopatológicos. Se trata de un estadio clínico si la estadificación se determinó mediante estudios de diagnóstico por imágenes y biopsia; por otro lado, es un estadio anatomopatológico si se determina con dicha información más una RE.

En términos generales, la RE se destaca por su precisión al estadificar los cánceres en estadio temprano, ya que proporciona información más detallada sobre el crecimiento del tumor que la ecografía endoscópica (EE), la cual puede realizarse después de una endoscopia GI superior para la estadificación.

Siempre que se trate de un tumor pequeño y en estadio temprano, se puede extirpar mediante una RE para luego examinarlo al microscopio. La EE es menos invasiva, pero aun así permite ver imágenes detalladas de las capas de la pared esofágica, el crecimiento del tumor y los ganglios linfáticos. Es más útil cuando se combina con una biopsia en otros estadios de la enfermedad. Para obtener información sobre la estadificación y una ilustración de la pared esofágica, consulte el *Capítulo 3*: *Estadificación del cáncer esofágico*.

Para conocer los tipos de tratamiento para el carcinoma de células escamosas en estadio temprano, consulte la **Guía 6**.

A continuación, se describen los estadios del carcinoma de células escamosas inicial.

Estadios clínicos

- Estadio 1: el tumor invade la submucosa.
- Estadio 2: el tumor se extiende a la capa muscular propia.

Guía 6
Posibles tratamientos para el carcinoma de células escamosas en estadio temprano

Esofagectomía
Resección endoscópica
Ablación

Estadios anatomopatológicos

- Estadio 0: se encuentran células anormales en la capa epitelial de la mucosa.
- Estadio 1A: el tumor invade la lámina propia o la capa muscular de la mucosa.
- Estadio 1B: el tumor se extiende a la segunda capa de la pared esofágica (la submucosa).

Su equipo de atención médica debe reunirse para hablar sobre su tratamiento antes de comenzarlo. Es posible que decidan administrarle nutrición líquida a través de una sonda de alimentación enteral para que reciba suficientes nutrientes antes del tratamiento.

Terapia endoscópica o cirugía como una opción

Es menos probable que el cáncer esofágico de células escamosas en estadio temprano se haya extendido a los ganglios linfáticos; por lo tanto, el tratamiento podría consistir en una terapia endoscópica menos invasiva, como la RE. Sin embargo, si el cáncer se ha extendido a la segunda capa (la submucosa), es posible que se le realice una cirugía, que se conoce como esofagectomía.

Estadio clínico 1 o 2

Si no se ha realizado una RE y con las pruebas y biopsias recibió un diagnóstico de cáncer en estadio clínico 1 o 2, su opción de tratamiento es la siguiente:

- Esofagectomía, si el tumor se encuentra en la parte no cervical del esófago (es decir, fuera de la región del cuello). (Consulte “Después de la esofagectomía” para saber qué sigue).

Si el tumor se encuentra en la región del cuello, la cirugía en el estadio temprano suele evitarse debido al impacto a largo plazo en los órganos circundantes, como la tráquea, la laringe y partes de la faringe.

Estadio anatomopatológico 0, 1A, 1B

Si se sometió a una RE antes del diagnóstico, es posible que necesite otros tratamientos, que podrían incluir otra RE para extirpar cualquier zona cancerosa restante.

En otras palabras, si su estado de salud lo permite, podría realizarse lo siguiente:

- RE con o sin ablación (opción preferida).
- Ablación (opción preferida).
- Esofagectomía (consulte la sección “Después de la esofagectomía” para saber qué sigue).

Cuando la cirugía no es una opción

Si tiene cáncer en estadio temprano, pero no está en condiciones de someterse a una cirugía o no desea hacerlo, el tratamiento podría incluir lo siguiente:

- RE con o sin ablación
- Ablación

En los estadios anatomopatológicos 1B (más avanzado), la opción de tratamiento es la siguiente:

- RE con o sin ablación

La quimiorradiación podría ser un tratamiento adicional si el cáncer presenta características más avanzadas, como invasión linfovascular (ILV), un grado más alto, márgenes positivos o un tamaño de tumor más grande: 2 centímetros (cm) o más.

Vigilancia

Cuando han pasado casi 6 semanas o más después de la terapia endoscópica, el siguiente paso es la vigilancia para detectar y tratar cualquier signo que indique que el cáncer ha regresado, lo que se denomina recidiva. Esto implica realizarse una endoscopia GI superior cada 3 meses durante el primer año, cada 6 meses durante el segundo año y, posteriormente, una vez al año. Mediante este estudio, se buscarán signos de engrosamiento de la pared esofágica.

También permitirá detectar la presencia de displasia recurrente.

Localmente avanzado

En el carcinoma de células escamosas localmente avanzado (también llamado locorregional), el tumor se ha extendido hacia otras capas del esófago y puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos o no.

El cáncer esofágico localmente avanzado suele diagnosticarse y tratarse en función de su estadio clínico. Esto significa que el estadio se determina según la información obtenida mediante la EE y otros resultados de biopsias y estudios de diagnóstico por imágenes.

Uno de los marcadores más importantes del cáncer esofágico más avanzado es la presencia de ILV. Esto significa que, aunque no se detecte cáncer en los ganglios linfáticos, las células cancerosas son más agresivas y se extienden a los vasos linfáticos o sanguíneos dentro del tumor o cerca de él. También podría significar que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos sin que se detectara en la biopsia inicial. Si el anatomopatólogo detecta ILV al examinar la biopsia, hay una mayor probabilidad de que el cáncer se extienda a los ganglios linfáticos.

Antes de comenzar el tratamiento, es posible que su equipo de atención médica le recomiende alimentarse a través de una sonda que se introduce directamente en el estómago o el intestino delgado. De esta manera, podrá recibir los nutrientes que necesita durante el tratamiento. Si se determina que está en condiciones de someterse a una cirugía (esofagectomía), siga leyendo a continuación. Si no puede someterse a una cirugía, consulte “Cuando la cirugía no es una opción”.

Para obtener más información sobre los tipos de tratamiento, consulte la **Guía 7**.

Cuando la cirugía es una opción

Estadio clínico 1 (más avanzado) o estadio 2

Si está en condiciones de someterse a una cirugía, es posible que se le realice una esofagectomía. Sin embargo, este procedimiento solo se realizará si el tumor no se encuentra en el esófago cervical (la región del cuello), mide menos de 3 cm y no se ha extendido más allá de la segunda capa (submucosa) de la pared esofágica.

Si el tumor se encuentra en la región del cuello, la cirugía suele evitarse debido al impacto a largo plazo en los órganos circundantes, como la tráquea, la laringe y partes de la faringe.

El tratamiento posterior a una esofagectomía se basa en los resultados de los márgenes quirúrgicos (consulte “Después de la esofagectomía” más adelante).

Guía 7
Posibles tratamientos para el carcinoma de células escamosas localmente avanzado

Esofagectomía
Quimiorradiación
Quimioterapia
Tratamiento paliativo
Radioterapia paliativa
Observación

Estadio clínico 2 o 3

Para tumores de 3 cm o más grandes que se consideran de alto riesgo y tienen ILV, o tumores que han crecido hasta alcanzar o ir más allá de la tercera capa (capa muscular propia) de la pared esofágica, las opciones incluyen lo siguiente:

- Quimiorradiación prequirúrgica seguida posteriormente de una esofagectomía (opción preferida)
- Quimiorradiación sola (también denominada quimiorradiación definitiva)

Después de la quimiorradiación prequirúrgica, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes y una endoscopia GI superior con biopsia para determinar si todavía hay cáncer. Si no hay ningún rastro de cáncer, se le realizará una esofagectomía o pasará a la fase de observación como parte de la atención de seguimiento (consulte “Atención de seguimiento”). Aunque no se detecte cáncer, es posible que necesite esta cirugía para prevenir la recidiva y favorecer la supervivencia a largo plazo. Consulte “Después de la esofagectomía” para obtener información sobre lo que sigue.

Si se detecta cáncer después de la quimiorradiación prequirúrgica y se ha extendido de forma localizada, las opciones son las siguientes:

- Esofagectomía (opción preferida). Consulte “Después de la esofagectomía” para saber qué sigue a continuación.
- Tratamiento paliativo.

Si el cáncer se considera irresecable (no se puede extirpar con cirugía) o metastásico (se ha extendido a zonas distantes), la opción indicada es el tratamiento paliativo.

Si recibió quimiorradiación sola, pasará a la atención de seguimiento.

El término “tratamiento paliativo” abarca todos los tratamientos destinados a reducir el dolor y el sufrimiento. El término “cuidados paliativos” es más específico. Consulte los Capítulos 8 y 9 para obtener más información.

Estadio clínico 4

Para los tumores en **estadio clínico 4A** que atravesaron las capas de la pared esofágica hasta llegar a las estructuras cercanas, las opciones de tratamiento son las siguientes:

- Quimiorradiación sola.
- Quimioterapia sola, si se detecta cáncer en la tráquea, los vasos sanguíneos grandes o el corazón.

Después de la quimiorradiación, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes y una endoscopia GI superior con biopsia para determinar si todavía hay cáncer. Si ya no hay cáncer, pasará a la fase de observación como parte de la atención de seguimiento (consulte “Atención de seguimiento”) o se le realizará una esofagectomía (consulte “Después de la esofagectomía”). Aunque no se detecte cáncer, es posible que necesite esta cirugía para prevenir la recidiva y favorecer la supervivencia a largo plazo.

Si se detecta cáncer después de la quimiorradiación y se ha extendido de forma localizada, las opciones son las siguientes:

- Esofagectomía (opción preferida). Consulte “Después de la esofagectomía” para saber qué sigue a continuación.
- Tratamiento paliativo.

Si después de la quimiorradiación y los estudios de diagnóstico por imágenes se determina que el cáncer es irresecable o metastásico (se ha extendido a zonas distantes), la opción indicada es el tratamiento paliativo.

Si recibió quimioterapia sola, también se le administrará tratamiento paliativo.

El estadio clínico 4B es cáncer metastásico. Para obtener más información sobre el tratamiento, consulte el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

Cuando la cirugía no es una opción

Si no puede someterse a una cirugía o no desea hacerlo, sus opciones dependerán de si tolera o no la quimiorradiación.

Si puede tolerarla, se le administrará únicamente este tratamiento.

En caso contrario, recibirá alguno de los siguientes tratamientos:

- Radioterapia paliativa
- Cuidados paliativos

Consulte “Atención de seguimiento” para saber qué sigue.

Después de la esofagectomía

El objetivo de la cirugía (esofagectomía) es extirpar el tumor y todo rastro de cáncer que haya quedado. El tumor y los ganglios linfáticos extirpados durante la cirugía se analizarán y estadificarán. Por tanto, el tratamiento posterior a la esofagectomía se basa en los resultados anatomopatológicos, es decir, si quedan células cancerosas en el margen quirúrgico. El tratamiento posterior a la cirugía depende de si, durante la intervención, se determina que el cáncer es R0, R1 o R2. Esto se explica a continuación.

Si no recibió quimiorradiación antes de la cirugía

Si se sometió a una esofagectomía, pero no recibió quimiorradiación en primer lugar, el cáncer se estadificará utilizando las nuevas muestras de tejido más detalladas que se extrajeron durante la cirugía.

Resección R0

En un margen de resección claro o negativo (R0), no hay células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor. El siguiente paso es la observación como parte de la atención de seguimiento. Consulte “Atención de seguimiento”.

Si tiene alguna duda sobre su plan de tratamiento, no dude en consultarlo con su equipo de atención médica.



Resección R1

El margen R1 positivo significa que el cirujano extirpó todo el tumor visible, pero aún queda cáncer microscópico en el margen. Este cáncer no se puede ver a simple vista, pero sí con un microscopio. Para el tratamiento, recibirá quimiorradiación con fluoropirimidina (quimioterapia).

Resección R2

La resección R2 significa que el cirujano no pudo extirpar todo el tumor visible o que hay cáncer en el margen quirúrgico, el cual puede verse a simple vista. El cáncer que queda después de la cirugía puede estar cerca de donde estaba el tumor primario, en los ganglios linfáticos o en sitios distantes (metastásico). Su tratamiento será uno de los siguientes:

- Quimiorradiación con fluoropirimidina (quimioterapia)
- Tratamiento paliativo

Si recibió quimiorradiación antes de la cirugía

Si se sometió a una esofagectomía, pero antes recibió quimiorradiación en primer lugar, el cáncer se volverá a estadificar utilizando las nuevas muestras de tejido más detalladas que se extrajeron durante la cirugía, para determinar el estadio anatomopatológico.

Resección R0

Si no se encontró cáncer en los márgenes y el cáncer se encuentra ahora en estadio anatomopatológico 1, pasará a la observación como parte de la atención de seguimiento (consulte “Atención de seguimiento”).

Si no se encontró cáncer en los márgenes y el cáncer se encuentra ahora en estadio anatomopatológico 2, 3A, 3B o 4A, se lo tratará con inmunoterapia sistémica, nivolumab. Después del tratamiento, pasará a recibir atención de seguimiento. La atención de seguimiento debe incluir una endoscopia GI superior con biopsia (EE, si es necesario) cada 12 semanas durante 2 años y, posteriormente, cada 6 meses hasta completar 5 años.

Resección R1 o R2

Por otra parte, si se trata de una resección R1 o R2 significa que hay cáncer en los márgenes quirúrgicos y podría haber metástasis (estadio anatomopatológico 4B), recibirá lo siguiente:

- Observación como parte de la atención de seguimiento
- Tratamiento paliativo

Atención de seguimiento

Después del tratamiento, recibirá atención de seguimiento para detectar signos de que el cáncer volvió a aparecer, lo que se conoce como recidiva. Para obtener más información sobre la recidiva, consulte el *Capítulo 8: Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico*.

Si el tumor se trató con cirugía o RE, la atención de seguimiento debería incluir lo siguiente:

- Antecedentes médicos y examen físico cada 3 a 6 meses durante 1 a 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses durante 3 a 5 años.
- Hemograma completo (HC) y perfil bioquímico, según sea necesario.
- Estudios de diagnóstico por imágenes según sea necesario para detectar signos y síntomas de cáncer.
- Endoscopia GI superior y biopsia según sea necesario si hay signos o síntomas de cáncer.
- Dilatación para la estenosis anastomótica (una cirugía mínimamente invasiva que ensancha el esófago después de una esofagectomía).
- Asesoramiento nutricional.

Es útil hacer preguntas para aprender todo lo posible. Le permitirá tener un rol más activo en su atención y puede darle una sensación de control.

Puntos clave

- El tratamiento se basa en el tamaño, la profundidad y la ubicación del tumor, así como en su estado de salud general.
- Los tumores muy pequeños en estadio temprano no se han extendido más allá de la segunda capa (submucosa) de la pared esofágica. Estos se estadifican al extraer una muestra de biopsia mediante una resección endoscópica (RE). Esto se llama estadio anatomopatológico.
- La enfermedad localmente avanzada se estadifica antes de la cirugía. Se denomina estadio clínico y se basa en la ecografía endoscópica (EE) y otros resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes o las biopsias.
- El tumor y los ganglios linfáticos extirpados durante la esofagectomía se analizarán y estadificarán antes de comenzar el siguiente tratamiento.
- El tratamiento paliativo abarca todos los tratamientos destinados a aliviar el dolor y el sufrimiento.
- La quimiorradiación podría administrarse antes (período prequirúrgico) o después (período posquirúrgico) de la cirugía, o sola (denominada quimiorradiación definitiva).
- Después del tratamiento, recibirá atención de seguimiento. Es importante seguir cuidando su salud y acudir a todas las visitas médicas y estudios de diagnóstico por imágenes programados. Contacte a su médico si tiene síntomas nuevos o si se ha agravado alguno de los síntomas que presentaba.

Preguntas para hacer

- ¿En qué estadio se encuentra mi cáncer esofágico y por qué?
- ¿Cómo es el período posquirúrgico en el hospital?
- ¿Cuánto tiempo me tomará recuperarme de la cirugía?
- ¿Hay cáncer en los ganglios linfáticos? De ser así, ¿qué significa esto para mí?
- Me gustaría buscar una segunda opinión. ¿Podría recomendarme algún profesional?

¿Cuál es el siguiente paso?

Después del tratamiento, y como se mencionó antes, se realizarán exámenes y estudios de diagnóstico por imágenes de manera periódica. Mientras tanto, asegúrese de contactar a su médico si tiene síntomas nuevos o si se ha agravado alguno de ellos. Consulte el *Capítulo 10: Supervivencia* para saber qué esperar a continuación.

8

Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico

73 Tratamiento paliativo

74 Recidiva localmente avanzada

74 Cáncer irresecable localmente avanzado o metastásico

80 Puntos clave

80 Preguntas para hacer

8 Cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico

En este capítulo, se analizan las opciones de tratamiento para el cáncer esofágico recidivante o metastásico, tanto para el adenocarcinoma como para el carcinoma de células escamosas. La recidiva se refiere a la reaparición del cáncer. El cáncer metastásico es aquel que se ha extendido lejos del lugar donde comenzó después de recibir el diagnóstico o el tratamiento.

Cuando el cáncer reaparece cerca del esófago, se denomina recidiva localmente avanzada (o locorregional). Puede haber cáncer en los ganglios linfáticos regionales o en otro órgano cercano. La cirugía puede ser una opción para personas con un tumor resecable (extirpable) localmente avanzado y para quienes se encuentran en condiciones de realizarla. Otros tratamientos, como los cuidados paliativos, también pueden ser una opción.

El cáncer esofágico que se ha extendido a partes distantes del cuerpo se conoce como cáncer metastásico. También puede describirse como cáncer en estadio 4. Los sitios más comunes de metástasis son el hígado, los ganglios linfáticos distantes, los pulmones, los huesos y el cerebro. El objetivo del tratamiento es reducir la cantidad de cáncer, lo que se denomina carga tumoral, y prevenir que el cáncer siga extendiéndose.

En los casos de cáncer irresecable, recidivante localmente avanzado o metastásico, o si no está en condiciones de someterse a una cirugía, el tratamiento puede centrarse en los cuidados paliativos. También se puede administrar un tratamiento sistémico. Las opciones se basan en los resultados de la prueba de biomarcadores y de su estado de salud general: aptitud física y capacidad para realizar las tareas cotidianas. Consulte la **Guía 8** para conocer los tratamientos disponibles.

Si el cáncer es recidivante o metastásico y siente agobio, no dude en contactar a su equipo de atención médica para informárselo. Es posible que realicen una derivación para que pueda recibir más ayuda o participar en otros programas que le permitan manejar sus sentimientos. No está solo.

Tratamiento paliativo

En el caso del cáncer esofágico recidivante y metastásico, el término “tratamiento paliativo” se refiere a las formas de reducir el dolor y el sufrimiento. Esto significa que tiene diferentes opciones. Estas opciones pueden incluir tratamientos como quimiorradiación, tratamiento sistémico o simplemente cuidados paliativos (es decir, cualquiera de los tratamientos disponibles para reducir la dificultad para tragar, el sangrado, el dolor y las obstrucciones, así como las náuseas y los vómitos). De acuerdo con los expertos de NCCN, aliviar los principales síntomas del cáncer esofágico puede prolongar la vida, por lo cual fomentan diversos enfoques.

Guía 8
Posibles tratamientos para el cáncer recidivante localmente avanzado o metastásico

Esofagectomía
Quimiorradiación concomitante
Tratamiento sistémico
Cuidados paliativos
Cirugía

Recidiva localmente avanzada

Es posible que el cáncer reaparezca en la parte restante del esófago. La recidiva localmente avanzada se refiere al cáncer que reaparece en el esófago o cerca de este. Este cáncer también puede encontrarse en los ganglios linfáticos regionales.

Si se sometió a una esofagectomía anteriormente, pero no recibió quimiorradiación, las opciones de tratamiento paliativo incluyen lo siguiente:

- Quimiorradiación concomitante: cuando se administran quimioterapia y radioterapia al mismo tiempo (opción preferida).
- Cirugía.
- Tratamiento sistémico.
- Cuidados paliativos.

Después de estos tratamientos, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes nuevamente para controlar el estado del cáncer. Posteriormente, si los estudios indican que aún hay cáncer, recibirá tratamiento paliativo.

Sin embargo, si ya recibió antes quimiorradiación, pero no una esofagectomía, es posible que se realice este procedimiento siempre que el tumor sea resecable y esté en condiciones de realizarlo. Después, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes nuevamente para controlar el estado del cáncer. Si se detecta cáncer, recibirá tratamiento paliativo.

Cáncer irresecable localmente avanzado o metastásico

Si el tumor se considera irresecable (no se puede extirpar con cirugía) o metastásico, pero está en condiciones de recibir más tratamiento, es posible que se le realicen pruebas de biomarcadores. Para el cáncer esofágico de células escamosas, se le realizarán pruebas de microsatélites y del ligando 1 de muerte programada (PD-L1), si no se realizaron antes. Para el adenocarcinoma, se le realizarán pruebas de microsatélites, PD-L1, HER2 y CLDN18.2, si no se realizaron antes.

Para cualquiera de los dos tipos de cáncer, las opciones de tratamiento podrían incluir lo siguiente:

- Tratamiento sistémico
- Cuidados paliativos

Si no está en condiciones de recibir tratamiento sistémico o no desea recibirlo, el tratamiento se centrará en los cuidados paliativos.

Cuidados paliativos

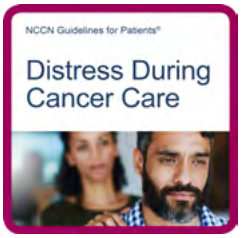
El objetivo de los cuidados paliativos es prevenir y aliviar el dolor y las molestias, y brindarle la mejor calidad de vida. Son parte del tratamiento paliativo y puede incluir tratamientos, como el tratamiento sistémico y la quimiorradiación, además de tratamientos si hay dificultad para tragar, sangrado, obstrucciones, dolor, náuseas y vómitos.

Recibir cuidados paliativos sigue siendo un tratamiento. Es decir, está eligiendo activamente la atención que lo ayudará a sentirse mejor. Si bien el objetivo es diferente (aliviar el dolor y las molestias), sus deseos y opiniones son tan importantes como lo son con otras opciones de tratamiento.

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de cuidados paliativos, no dude en preguntar a su equipo de atención médica. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 9: Tratamiento complementario*. Obtenga más información sobre este tema en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos*. Para obtener más información sobre cómo enfrentar las sensaciones y emociones que vienen con la atención oncológica, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer*.

Disponible tanto en NCCN.org/patientguidelines como en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Para conocer las opciones de tratamiento sistémico para el adenocarcinoma, consulte las **Guías 9** y **10**.

Para conocer las opciones de tratamiento sistémico para el carcinoma de células escamosas, consulte las **Guías 11** y **12**.

Guía 9
Opciones de tratamiento de primera línea para el adenocarcinoma: enfermedad irresecable, recidivante localmente avanzada o metastásica

Opciones preferidas	Para tumores con HER2: • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y trastuzumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino, trastuzumab y pembrolizumab • Fluoropirimidina, cisplatino y trastuzumab • Fluoropirimidina, cisplatino, trastuzumab y pembrolizumab
	Para tumores sin HER2: • Fluoropirimidina, oxaliplatino y nivolumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y pembrolizumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y tislelizumab-jsgr • Fluoropirimidina y oxaliplatino • Fluoropirimidina, cisplatino y pembrolizumab • Fluoropirimidina, cisplatino y tislelizumab-jsgr • Fluoropirimidina y cisplatino
	Tumores con inestabilidad microsatelital alta/deficiencia en la reparación de desajustes (MSI-H/dMMR) (independientemente del estado de PD-L1): • Pembrolizumab • Dostarlimab-gxly • Nivolumab e ipilimumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y nivolumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y pembrolizumab
Otras recomendaciones	• Fluorouracilo e irinotecán • Paclitaxel con o sin carboplatino o cisplatino • Docetaxel con o sin cisplatino • Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) • Docetaxel, cisplatino u oxaliplatino y fluorouracilo

Nota: Se puede agregar leucovorina a los esquemas de fluorouracilo.

Guía 10
Opciones de tratamiento de segunda línea para el adenocarcinoma: enfermedad irresecable, recidivante localmente avanzada o metastásica

Opciones preferidas	• Ramucirumab y paclitaxel • Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki para tumores con HER2 • Docetaxel • Paclitaxel • Irinotecán • Fluorouracilo e irinotecán • Trifluridina y tipiracilo como tratamiento de tercera línea o posterior para el adenocarcinoma de la unión esofagogástrica (UEG)
Otras recomendaciones	• Ramucirumab • Irinotecán y cisplatino • Fluorouracilo e irinotecán con ramucirumab (se podría agregar leucovorina) • Irinotecán y ramucirumab • Docetaxel e irinotecán
Útil en algunos casos	• Entrectinib, larotrectinib o repotrectinib para tumor con fusión positiva del gen *NTRK* • Para tumores con MSI-H/dMMR: pembrolizumab, nivolumab e ipilimumab, o dostarlimab-gxly • Pembrolizumab para tumores con carga mutacional tumoral alta (TMB-H) • Dabrafenib y trametinib para tumores con mutación V600E del gen *BRAF* • Selpercatinib para tumores con fusión del gen *RET*

Nota: Las opciones de tratamiento sistémico se basan en el tratamiento previo y en el estado funcional.

Guía 11
Opciones de tratamiento de primera línea para el carcinoma de células escamosas: enfermedad irresecable, recidivante localmente avanzada o metastásica

Opciones preferidas	• Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina), oxaliplatino y nivolumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y pembrolizumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y tislelizumab-jsgr • Oxaliplatino, paclitaxel y tislelizumab-jsgr • Fluoropirimidina y oxaliplatino • Fluoropirimidina, cisplatino y nivolumab • Fluoropirimidina, cisplatino y pembrolizumab • Fluoropirimidina, cisplatino y tislelizumab-jsgr • Cisplatino, paclitaxel y tislelizumab-jsgr • Fluoropirimidina y cisplatino • Nivolumab e ipilimumab
	Tumores con inestabilidad microsatelital alta/deficiencia en la reparación de desajustes (MSI-H/dMMR) (independientemente del estado de PD-L1) • Pembrolizumab • Dostarlimab-gxly • Nivolumab e ipilimumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y nivolumab • Fluoropirimidina, oxaliplatino y pembrolizumab
Otras recomendaciones	• Fluorouracilo e irinotecán • Paclitaxel con o sin carboplatino o cisplatino • Docetaxel con o sin cisplatino • Fluoropirimidina • Docetaxel, cisplatino u oxaliplatino y fluorouracilo

Notas: Se prefiere el oxaliplatino sobre el cisplatino debido a la menor toxicidad.

Se puede agregar leucovorina a los esquemas de fluorouracilo.

Guía 12
Opciones de tratamiento de segunda línea para el carcinoma de células escamosas: enfermedad irresecable, recidivante localmente avanzada o metastásica

Opciones preferidas	• Nivolumab • Pembrolizumab en algunos casos • Docetaxel • Paclitaxel • Irinotecán • Tislelizumab-jsgr • Fluorouracilo e irinotecán (se podría agregar leucovorina)
Otras recomendaciones	• Irinotecán y cisplatino • Docetaxel e irinotecán
Útil en algunos casos	• Para tumores con fusión del gen *NTRK*, entrectinib o larotrectinib • Para tumores con MSI-H/dMMR: pembrolizumab, nivolumab e ipilimumab, o dostarlimab-gxly • Para tumores con carga mutacional tumoral alta (TMB-H), pembrolizumab • Para tumores con mutación V600E del gen *BRAF*, dabrafenib o trametinib • Para tumores con fusión del gen *RET*, selpercatinib

Nota: Las opciones de tratamiento sistémico se basan en el tratamiento previo y en el estado funcional.

Puntos clave

- El cáncer puede reaparecer en la parte restante del esófago o reaparecer en otro órgano.
- La recidiva localmente avanzada se refiere al cáncer que reaparece en el esófago o cerca de este. Este cáncer puede encontrarse en los ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer esofágico que se ha extendido a partes distantes del cuerpo se conoce como cáncer metastásico. También puede describirse como cáncer en estadio 4.
- El cáncer esofágico suele hacer metástasis (extenderse) en el hígado, los ganglios linfáticos distantes, los huesos y los pulmones.
- El objetivo del tratamiento es reducir la cantidad de cáncer en el cuerpo, lo que se denomina carga tumoral, y prevenir que siga extendiéndose.
- Un tumor irresecable no se puede extirpar por completo con cirugía.
- El tratamiento para la enfermedad irresecable o metastásica consiste en cuidados paliativos con o sin tratamiento sistémico, según su estado de salud general.

Preguntas para hacer

- ¿Qué debo esperar del tratamiento esta vez? ¿Cuáles son los efectos secundarios?
- ¿Cuánto dolor tendré? ¿Qué se hará para controlarlo?
- ¿Cómo será mi recuperación?
- ¿Debe acompañarme alguien a todos los tratamientos?
- ¿Puede recomendarme recursos de apoyo emocional?

9 Tratamiento complementario

82 Ayuda con los síntomas físicos

85 Ayuda en otras áreas de tratamiento complementario

86 Puntos clave

86 Preguntas para hacer

Puede recibir tratamiento complementario en cualquier momento durante su tratamiento para el cáncer esofágico. El tratamiento complementario puede mejorar su calidad de vida, ayudar a aliviar los síntomas y promover su bienestar.

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o trata los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, como el dolor y la fatiga relacionada con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, por ejemplo:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento
- Coordinación de la atención médica
- Pago de la atención médica
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida

Consulte las guías *NCCN Guidelines for Patients* sobre otras áreas relacionadas con el tratamiento complementario al final de este capítulo.

Ayuda con los síntomas físicos

En el cáncer esofágico, parte del tratamiento complementario son los cuidados paliativos, que pueden aliviar los síntomas y los efectos secundarios más graves e incluso prolongar la vida. Esto es especialmente así cuando un equipo de atención médica multidisciplinario participa en la atención oncológica. También es la razón por la que los expertos de NCCN recomiendan los cuidados paliativos.

A continuación, se presentan algunos signos y síntomas del cáncer esofágico y efectos secundarios de su tratamiento que los cuidados paliativos pueden ayudar a prevenir, reducir o aliviar.

Dificultad para tragar

El término médico para la dificultad o molestia al tragar es disfagia. Es el síntoma más frecuente del cáncer esofágico y puede deberse al tumor o al tratamiento que recibe. Se produce cuando el tumor crece y estrecha el esófago, lo que hace más difícil tragar. A veces se utiliza un *stent* esofágico para ayudar a abrir el conducto. Un *stent* esofágico es un tubo flexible que ensancha el esófago para que los alimentos puedan pasar al estómago.

Sin embargo, si se someterá a una cirugía o está recibiendo quimiorradiación, los expertos de NCCN no recomiendan el uso de un *stent* esofágico, ya que podría interferir en cualquiera de estos tratamientos.

Otra opción podría ser la radioterapia paliativa para reducir el tamaño del tumor, abrir el esófago y facilitar la deglución.

Sangrado

El sangrado es frecuente en personas con cáncer esofágico. Puede ser causado por el tumor o como consecuencia del tratamiento. Detenerlo puede ayudar a las personas con cáncer a sentirse mejor. El sangrado se considera agudo (sangrado repentino que dura poco tiempo) o crónico (sangrado que dura mucho tiempo).

El sangrado se puede detener de las siguientes maneras:

- **Tratamiento endoscópico**: en casos de sangrado agudo, a veces se puede usar un tratamiento con endoscopio para llegar a la zona del sangrado. Esta técnica, conocida como electrocoagulación, detiene el sangrado al sellar el tejido con calor o gas ionizado.
- **Radioterapia de haz externo (RTHE)**: para controlar el sangrado crónico, se aplica radiación en la zona afectada.

Obstrucción del esófago

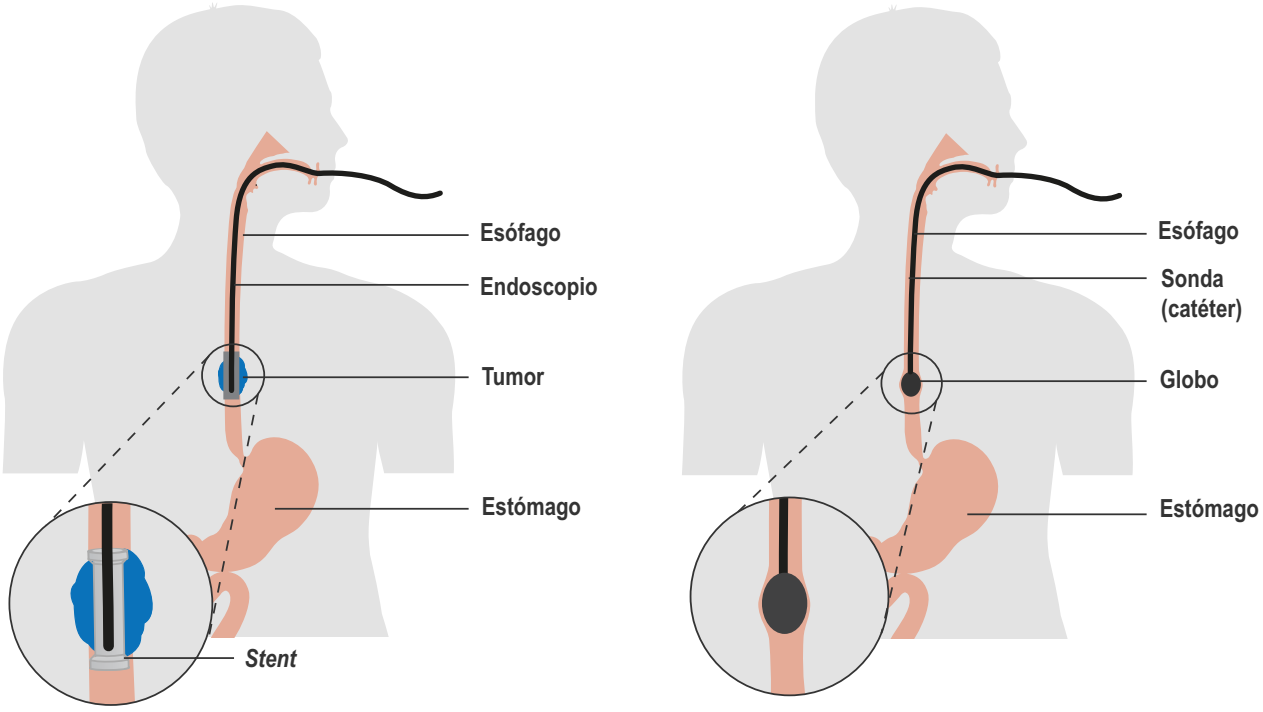
Cuando el tumor provoca un bloqueo (obstrucción) en el esófago, los cuidados paliativos pueden consistir en lo siguiente:

- Tratamiento endoscópico
- RTHE

Obstrucción del esófago

Un *stent* esofágico es un tubo que ensancha el esófago para que los alimentos puedan pasar al estómago (imagen a la izquierda). Los balones o bujías especiales de expansión (dilatación) pueden aliviar una obstrucción o estrechamiento del esófago (imagen a la derecha).

Izquierda: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Diagram_showing_an_oesophageal_stent_being_put_in_CRUK_495.svg. Derecha: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Diagram_showing_how_a_balloon_is_used_to_stretch_the_oesophagus_CRUK_492.svg



- Braquiterapia, realizada en centros con experiencia.
- Quimioterapia.
- Cirugía, realizada solo en algunos casos.
- Terapia fotodinámica: tratamiento mínimamente invasivo que utiliza luz láser para ayudar a abrir la garganta.
- Balones o bujías: los balones o bujías especiales de expansión (dilatación) pueden aliviar una obstrucción causada por un tumor o por el estrechamiento del esófago (estenosis) debido al tratamiento.

Dolor

Informe a su equipo de atención médica si sufre dolores o molestias. El tratamiento del dolor puede ser complicado. Es posible que se reúna con un especialista en cuidados paliativos o con un especialista en dolor para controlarlo.

El dolor es frecuente en personas que presentan un tumor que causa obstrucción o con cáncer esofágico metastásico. A veces, el dolor se trata con medicación continua, como morfina u otros opioides (narcóticos). En otros casos, se utilizan medicamentos no narcóticos para tratar el dolor. En consecuencia, es posible que se reúna con un especialista en cuidados paliativos o un especialista en dolor para controlar su dolor.

Los programas de medicina integrativa en hospitales y centros oncológicos pueden personalizarse para ayudar con sus problemas de dolor específicos. Estos programas incluyen tratamientos complementarios, como masajes, para aliviar el dolor. Pregunte a su equipo de atención médica al respecto.

Efectos secundarios del tratamiento

Todos los tratamientos para el cáncer causan problemas de salud no deseados. Estos problemas de salud se llaman efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen de muchos factores. Estos factores incluyen el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona.

Algunos efectos secundarios pueden ser muy perjudiciales para su salud. Otros pueden ser simplemente desagradables.

Pida la lista completa de efectos secundarios de su tratamiento. Además, avise a su equipo de atención si tiene síntomas nuevos o si se ha agravado alguno de los síntomas que presentaba. Puede haber formas de ayudar a que se sienta mejor. También hay formas de prevenir algunos efectos secundarios.

El tratamiento complementario está disponible en cualquier etapa del tratamiento del cáncer. Puede incluir ayuda con los problemas físicos, emocionales y financieros, así como con la planificación al final de la vida. Su equipo de atención médica está ahí para ayudar en todo momento.



Alimentación por sonda

También llamada nutrición enteral, consiste en la administración directa de una mezcla líquida de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas) a través de una sonda insertada en el estómago o en el intestino delgado. Es probable que reciba alimentación por una sonda después de la cirugía para que el esófago pueda cicatrizar. La sonda es temporal y se retirará posteriormente. Sin embargo, algunas personas necesitan alimentación por sonda durante períodos más prolongados para mantener el peso o si presentan dolor o dificultad para tragar.

La nutrición líquida puede administrarse mediante las siguientes vías:

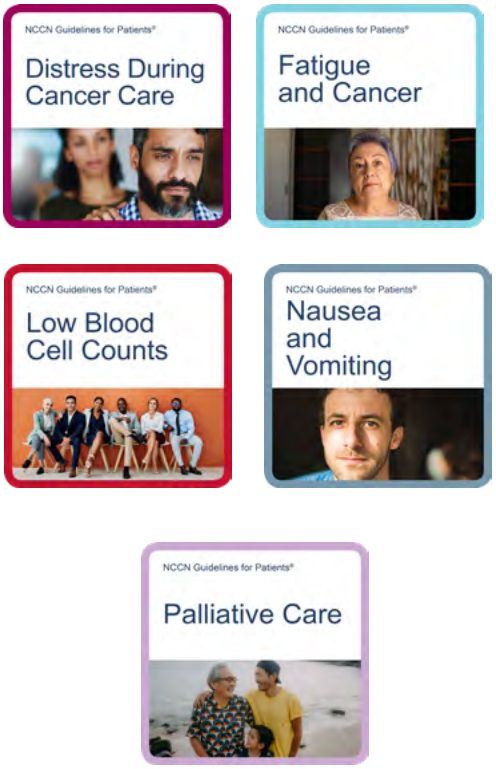
- **Sonda nasogástrica (sonda NG)** que se inserta por la nariz.
- **Sonda de gastrostomía (sonda G)** que se inserta en la piel del abdomen directamente en el estómago. También se denomina sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP).
- **Sonda de yeyunostomía (sonda J)** que se inserta en la piel del abdomen hasta el intestino delgado.

Ayuda en otras áreas de tratamiento complementario

Puede encontrar más información sobre los aspectos físicos, emocionales y financieros del tratamiento complementario, así como sobre aquellos relacionados con el final de la vida en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Recursos sobre el tratamiento complementario

Puede encontrar más información sobre el tratamiento complementario en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Puntos clave

- Los cuidados paliativos forman parte del tratamiento complementario y pueden ayudar con síntomas físicos, como dificultad para tragar, sangrado, obstrucciones, dolor, náuseas y vómitos.
- El apoyo emocional también forma parte del tratamiento complementario. Solo necesita preguntarle a su equipo de atención médica al respecto.
- El cáncer y sus tratamientos pueden ser costosos. El tratamiento complementario es útil para encontrar programas que podrían cubrir algunos de estos costos.

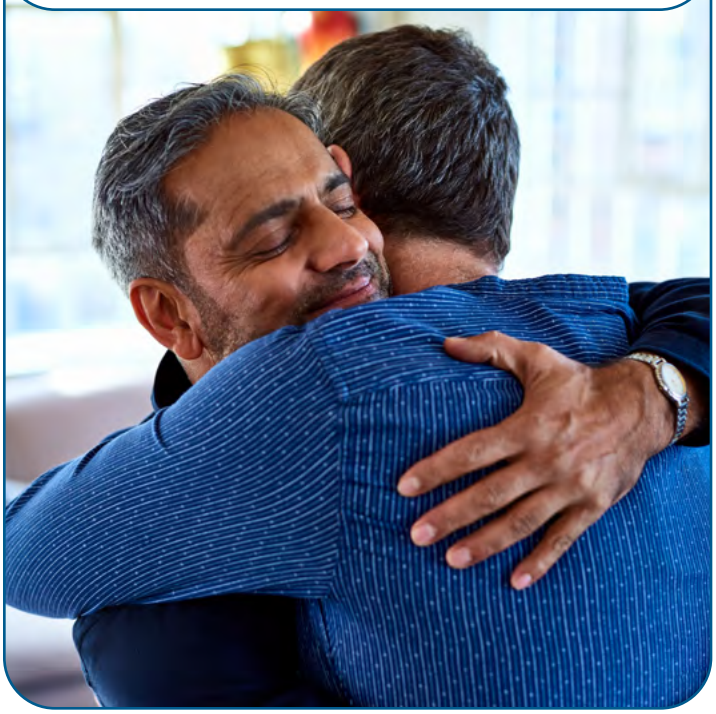
Preguntas para hacer

- ¿Puede explicarme todas las opciones de tratamiento complementario (tanto físicas como emocionales)?
- ¿Hay algún miembro del equipo de atención médica con quien deba contactarme primero sobre el tratamiento complementario?
- Si necesito transporte para ir y volver de mis citas, ¿podría sugerirme algún programa que pueda ayudarme?
- ¿Qué recursos sobre el tratamiento complementario en mi centro de atención médica podrían ser útiles?
- ¿Qué recursos en línea me puede recomendar?

¿Cuál es el siguiente paso?

Comprender que cuenta con tratamiento complementario durante el tratamiento del cáncer y solicitarlo podría marcar una gran diferencia. Sin embargo, una vez finalizado el tratamiento, se encontrará en una fase conocida como supervivencia. Lea el siguiente capítulo para obtener más información sobre qué esperar después del tratamiento.

Si necesita asistencia para afrontar el diagnóstico, consulte si hay un grupo de apoyo en su área, ya sea presencial o en línea.



10
Supervivencia

88 Monitoreo

88 Malestar físico y mental

89 Síntomas específicos

91 Exámenes de detección del cáncer

91 Puntos clave

91 Preguntas para hacer

Después del tratamiento, se harán controles para detectar cualquier problema de salud nuevo o existente. Es importante no faltar a las visitas de seguimiento médico y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes para cuidar su salud.

Una persona es sobreviviente del cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida. Cuando el tratamiento conduce a la remisión (cuando no hay indicios de enfermedad), necesitará seguimiento o cuidados de supervivencia para controlar los efectos secundarios a largo plazo. Cada persona percibe de diferentes maneras la etapa de supervivencia. El cáncer y su tratamiento pueden implicar un largo recorrido, por lo que la supervivencia puede verse como un camino nuevo y positivo, o como la continuación del curso del cáncer. En cualquier caso, se trata de una nueva normalidad, por lo que es importante saber qué esperar en esta siguiente fase de su vida.

Monitoreo

Además de monitorear la posible reaparición del cáncer, lo que se conoce como recidiva (consulte “Atención de seguimiento” al final de los capítulos sobre el tratamiento), debe recibir atención médica fiable y de rutina, incluidas visitas periódicas al médico para recibir atención preventiva y exámenes de detección del cáncer. No se recomiendan pruebas de rutina específicas para el cáncer esofágico, como estudios de diagnóstico por imágenes, endoscopias o pruebas tumorales, por hasta 5 años. Asegúrese de no faltar a las visitas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes.

Malestar físico y mental

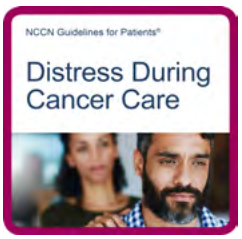
A las personas con cáncer esofágico se las controla para detectar efectos secundarios a largo plazo que suelen poder tratarse.

En general, se recomienda lo siguiente:

- Mantenga un peso saludable.
- Adopte un estilo de vida activo. El objetivo es hacer al menos 30 minutos de actividad moderada a intensa la mayoría de los días de la semana.
- Lleve una alimentación principalmente vegetariana.
- Limite el consumo de alcohol.
- Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo.
- Reciba las vacunas necesarias y adopte cualquier otra medida de salud preventiva.

Asegúrese de hablar con su médico sobre cómo se siente, tanto física como mentalmente. Si no se siente como de costumbre, podría resultarle beneficioso hablar con otra persona que haya pasado por una experiencia similar. Busque grupos de apoyo entre pares, ya sea en línea o presenciales, para que pueda lidiar con sus sentimientos y emociones. Consulte en su centro oncológico si hay algún programa de apoyo entre pacientes.

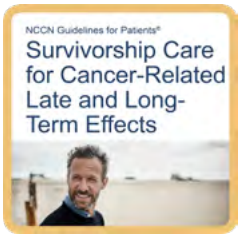
Para obtener más información sobre cómo enfrentar las sensaciones y emociones que vienen con la atención oncológica, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



También puede ser útil consultar a su equipo de atención médica sobre los recursos locales disponibles para la supervivencia.

Puede encontrar más información sobre la supervivencia en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Síntomas específicos

Los siguientes son algunos de los síntomas más frecuentes que podría experimentar durante la supervivencia:

Diarrea

La diarrea es la evacuación intestinal frecuente y acuosa. Su equipo de atención médica le dirá cómo tratar la diarrea y podría recomendarle medicamentos para detenerla. Es importante beber mucho líquido para prevenir la deshidratación (pérdida excesiva de líquido o agua del cuerpo). Los cambios en su alimentación también pueden ayudar.

Dificultad para tragar

La disfagia, o dificultad para tragar, puede deberse al cáncer o a una esofagectomía. La esofagectomía puede provocar una estenosis anastomótica debido al tejido cicatricial que quedó después de la cirugía. Se trata de un estrechamiento del esófago que puede tratarse mediante dilatación endoscópica, un procedimiento que ayuda a ensanchar la zona.

Síndrome de vaciamiento rápido

Este síndrome ocurre cuando el alimento pasa del estómago al intestino delgado demasiado rápido. Es un efecto secundario frecuente de la cirugía de estómago. Esto puede suceder 30 minutos después de comer (síndrome de vaciamiento rápido) o dentro de las 2 o 3 horas (síndrome de vaciamiento tardío).

Los síntomas del síndrome de vaciamiento rápido incluyen taquicardia, palpitaciones, diarrea, náuseas y calambres. El síndrome de vaciamiento tardío suele causar mareos, apetito, sudoración fría y debilidad.

Siga los siguientes consejos para controlar los síntomas del síndrome de vaciamiento rápido:

- Comer con frecuencia a lo largo del día.
- Evitar beber líquidos con las comidas.
- Llevar una alimentación con alto contenido de proteínas y fibra, y baja en hidratos de carbono simples y azúcares.

Fatiga

La fatiga es una sensación de cansancio extremo y falta de energía para hacer las actividades que desea. Informe a su equipo de atención médica si la fatiga está afectando su calidad de vida. Cumplir con una dieta equilibrada, hacer ejercicio, yoga, acupuntura y recibir masajes puede ayudar. Es posible que se solicite una derivación a un nutricionista o dietista para ayudar a tratar la fatiga que siente.

Sensación de saciedad después de las comidas y problemas de alimentación

Coma porciones pequeñas y con más frecuencia para lidiar con la sensación de saciedad después de las comidas. También, evite beber líquidos con las comidas porque puede aumentar esta sensación. Beba líquidos entre las comidas.

Problemas cardíacos

Debido a la ubicación del esófago, la radioterapia para el cáncer esofágico puede causar problemas cardíacos. Colabore con su médico de atención primaria para controlar su presión arterial, el colesterol, la glucosa en sangre y el peso.

Indigestión

La indigestión es una sensación de dolor o malestar en la parte superior del abdomen (vientre) después de comer. Puede tener una sensación de saciedad, distensión, gases, acidez estomacal o náuseas.

Para prevenir la indigestión, evite los alimentos que aumentan la producción de ácido, tales como los jugos cítricos, la salsa de tomate y las comidas picantes.

Neuropatía

La neuropatía surge del daño a los nervios. Produce una sensación de cosquilleo, hormigueo, adormecimiento y dolor. La neuropatía causada por la quimioterapia se denomina neuropatía inducida por la quimioterapia. Es posible que le administren medicamentos o que obtenga una derivación para recibir terapia ocupacional o fisioterapia.

Reflujo

El reflujo es el retorno de líquido desde el estómago hacia el esófago. Las siguientes son algunas medidas que pueden ayudar:

- Evite acostarse después de comer.
- Use una almohada de espuma en forma de cuña (triangular) en la cama y mantenga el torso ligeramente elevado durante la noche.
- Hable con su médico antes de tomar medicamentos de venta libre.
- No coma 2 horas antes de acostarse.

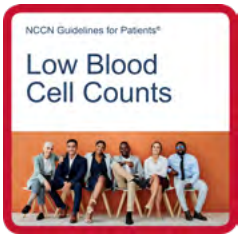
Pérdida de peso

Se hará un seguimiento de su peso para detectar cambios. Es posible que pierda peso después de una esofagectomía. De hecho, se espera una pérdida de peso durante los primeros 6 meses posteriores a la cirugía. También se le hará un seguimiento para asegurarse de que reciba la nutrición adecuada y de que su organismo absorba los nutrientes de los alimentos que consume.

Comer de forma saludable es importante después del tratamiento. Esto incluye consumir una dieta equilibrada, ingerir la cantidad adecuada de comida y beber una cantidad suficiente de líquidos. Coma con frecuencia y evite beber líquidos con las comidas. Un nutricionista matriculado, experto en nutrición y alimentación, puede brindarle ayuda si tiene problemas para comer o mantener el peso.

Puede encontrar más información sobre la fatiga y la anemia en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Exámenes de detección del cáncer

Programe sus pruebas de detección del cáncer según las recomendaciones de su médico, su edad, riesgo y otros factores.

Las pruebas de detección del cáncer abarcan los siguientes tipos:

- Mama
- Colorrectal
- Pulmón
- Próstata

Puntos clave

- Una persona es sobreviviente del cáncer desde el momento del diagnóstico hasta el final de su vida.
- La cirugía y otros tratamientos para el cáncer esofágico pueden causar problemas de salud, por lo que se controlará su estado de salud de forma regular.
- Un nutricionista o dietista le dará orientación sobre los alimentos más adecuados según su afección.
- Siga consultando a sus profesionales de atención primaria de forma periódica y programe pruebas de detección del cáncer según las recomendaciones.
- Coma con frecuencia durante todo el día (haga comidas pequeñas y frecuentes) y evite beber líquidos durante las comidas.
- Lleve una alimentación principalmente vegetariana con alto contenido de proteínas y fibra, y baja en hidratos de carbono simples y azúcares.
- Limite el consumo de alcohol.
- Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son algunas de sus mejores recomendaciones para afrontar la etapa de supervivencia?
- ¿Qué médico será el principal responsable de mi atención durante la etapa de supervivencia?
- ¿Qué otras pruebas de detección del cáncer puede recomendar?
- ¿Qué hay del aspecto emocional de la supervivencia? ¿Podría recomendarme algún recurso de apoyo para la salud mental?
- ¿Puede recomendar algún grupo de apoyo?



Complete nuestra encuesta y contribuya para que NCCN Guidelines for Patients sea mejor para todos.

NCCN.org/patients/comments

11
Otros recursos

93 Qué más hay que saber

93 Qué más hacer

93 Dónde obtener ayuda

94 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y la ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Detalles del tratamiento del cáncer esofágico y sus efectos secundarios
- Participación en un equipo de atención médica
- Ayuda económica
- Búsqueda de un profesional de atención oncológica que sea experto en su campo
- Manejo de otros problemas de salud

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Bone Marrow y Cancer Foundation
bonemarrow.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

ECAN Esophageal Cancer Action Network
ecan.org

Esophageal Cancer Awareness Association dba EC Aware
ecaware.org

Esophageal Cancer Education Foundation
fightec.org

GRACE
cancergrace.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué asistencia existe para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Cuánto debo pagar por el tratamiento?
- ¿Qué ayuda existe para pagar los medicamentos y otros tratamientos?
- ¿Qué otros servicios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response



Palabras que debe conocer

abdomen
La zona del vientre entre el tórax y la zona pélvica.

adenocarcinoma
Tipo de cáncer que se forma en las células glandulares del esófago. Estas células recubren la parte inferior del esófago y producen mucosidad.

adventicia
Capa más externa de la pared del esófago.

anatomopatólogo
Médico experto en el análisis de células y tejido para descubrir enfermedades.

anestesia general
Pérdida total de la sensibilidad y la consciencia que parece un sueño profundo.

aparato digestivo
Grupo de órganos que descompone los alimentos para que el cuerpo pueda utilizarlos.

aspiración con aguja fina (AAF)
Extirpación de una muestra de tejido con una aguja delgada.

biopsia
Procedimiento mediante el cual se toman muestras de fluidos o tejidos para analizarlas y detectar una enfermedad.

biopsia por punción con aguja gruesa
Extracción de una muestra de tejido con una aguja hueca.

braquiterapia
Tratamiento con radiación de un objeto colocado cerca o dentro del tumor. También se llama radiación interna.

broncoscopio
Dispositivo guiado por la nariz o la boca para examinar el interior de la tráquea, los bronquios y los pulmones.

bronquios
Las dos vías respiratorias que se extienden desde la tráquea hasta los pulmones.

capa muscular de la mucosa
Una delgada capa de músculo que separa la mucosa de la submucosa de la pared del esófago.

capa muscular propia
La tercera capa de la pared del esófago constituida principalmente por músculo.

carcinoma de células escamosas
Tipo de cáncer que se origina en las células delgadas y planas que recubren la superficie de órganos como el esófago.

cirujano oncólogo
Cirujano experto en realizar procedimientos quirúrgicos en personas con cáncer.

colon
La parte más larga del intestino grueso.

conducto
Tejido con forma de tubo, como el estómago o una parte del colon o intestino delgado, que reemplaza la sección del esófago extirpada durante una esofagectomía.

cuidados paliativos
Cuidados para mejorar la calidad de vida y ayudar a reducir el sufrimiento.

diafragma
Músculo delgado situado debajo de los pulmones y el corazón que separa el tórax del abdomen y ayuda a la persona a respirar.

disección de los ganglios linfáticos
Tipo de cirugía que extirpa algunas estructuras que combaten enfermedades llamadas ganglios linfáticos.

disección submucosa endoscópica (DSE)
Extirpación de tumores incipientes con un bisturí especial guiado por la garganta.

disfagia
Dificultad o dolor al tragar.

displasia de alto grado
Células anormales con probabilidades de convertirse en células cancerosas.

duodeno
Primera parte del intestino delgado.

ecografía
Procedimiento que usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo.

ecografía endoscópica (EE)
Dispositivo para generar imágenes que utiliza ondas sonoras y se introduce por la garganta.

efecto secundario
Respuesta física o emocional insalubre o desagradable frente al tratamiento.

endoscopia superior
Utilización de una delgada herramienta que se introduce por la garganta hacia el esófago y el estómago. También llamada endoscopia gastrointestinal (GI) superior o esofagogastroduodenoscopia (EGD).

endoscopio
Tubo largo y delgado equipado con instrumentos que se introduce por la boca y se guía a través de la garganta.

ensayo clínico
Investigación sobre un estudio o tratamiento para evaluar su seguridad y eficacia.

epitelio
Células que recubren la pared del esófago.

esofagectomía
Cirugía para extirpar todo o parte del esófago.

esófago
Órgano en forma de tubo entre la garganta y el estómago.

esófago de Barrett (EB)
Afección en la que las células que recubren la parte inferior del esófago cambian o son reemplazadas por células anormales que podrían producir cáncer esofágico.

esofagogastroduodenoscopía (EGD)
Utilización de un endoscopio que se introduce por la garganta hacia el esófago y el estómago. También llamada endoscopia superior o endoscopia gastrointestinal (GI) superior.

esofagogastrostomía
Cirugía que extirpa el esófago y parte del estómago.

estadio anatomopatológico
Clasificación de la extensión del cáncer según las muestras adicionales de tejidos y análisis microscópicos después de la cirugía.

estadio clínico
Clasificación de la extensión de un tumor de acuerdo con los estudios realizados antes del tratamiento.

estadio del cáncer
Clasificación del crecimiento y la extensión del cáncer. La extensión del cáncer.

estenosis
Estrechamiento del esófago. Puede ser causado por un tumor o por un tratamiento.

estenosis anastomótica
Estrechamiento del esófago después de una esofagectomía.

estudios de diagnóstico por imágenes
Estudio que toma fotografías (imágenes) del interior del cuerpo.

ganglio linfático
Pequeño grupo de células especiales que combaten enfermedades que se encuentran en todo el cuerpo.

gastroenterólogo
Médico experto en enfermedades digestivas.

unión gastroesofágica (UGE)
Área donde se unen el esófago y el estómago. También conocida como unión esofagogástrica (UEG).

gastrostomía endoscópica percutánea (GEP)
Procedimiento para insertar una sonda de alimentación en el estómago a través de una pequeña incisión en la piel.

grado del cáncer
Es una escala que indica cuánto se parecen las células del cáncer a las células normales.

hemograma completo (HC)
Análisis de la cantidad de glóbulos sanguíneos.

hereditario
Información codificada en las células que se transmite de los padres biológicos a sus hijos.

inestabilidad microsatelital (MSI)
Los microsatélites son secuencias cortas y repetidas de ADN. La inestabilidad se refiere a los errores cometidos en partes pequeñas y repetidas del ADN durante el proceso de copia debido a un sistema de reparación anormal.

inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)
Mutaciones en el 30 % o más de los microsatélites.

infección
Una enfermedad causada por gérmenes.

inmunoterapia
Tratamiento con fármacos que ayuda al organismo a encontrar y destruir las células cancerosas.

intestino
Órgano por el que pasan los alimentos después de salir del estómago.

intestino delgado
Órgano digestivo que absorbe nutrientes de los alimentos ingeridos.

intravenoso (IV)
Método para administrar fármacos a través de una aguja o un tubo que se introduce en una vena.

irresecable
Cáncer que no puede extirparse con cirugía.

lámina propia
Tejido conectivo dentro de la mucosa de la pared del esófago.

laparoscopia
Utilización de una delgada herramienta que se introduce en un corte realizado en el abdomen.

linfa
Líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

marcador tumoral
Una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer.

margen quirúrgico
El tejido de aspecto normal alrededor del borde de un tumor extirpado durante la cirugía.

médico oncólogo
Médico experto en fármacos contra el cáncer.

medio de contraste
Sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman en los estudios de diagnóstico por imágenes sean más claras.

metástasis
La diseminación de células cancerosas del primer tumor (primario) a un punto nuevo en el cuerpo.

mucosa
La primera capa interna de la pared del esófago. Está formada por tres capas: el epitelio, la lámina propia y la capa muscular de la mucosa.

mutación
Cambio anormal.

observación
Período de monitoreo y prueba para detectar cambios en el estado del cáncer mientras no recibe tratamiento.

perfil bioquímico general
Un conjunto de análisis que brindan información sobre la salud y el funcionamiento de los riñones y del hígado. Normalmente se indica como parte del panel metabólico completo (CMP).

procedimiento mínimamente invasivo
Procedimiento que utiliza instrumentos introducidos a través de pequeñas incisiones o una abertura en el cuerpo para reducir el daño a los tejidos.

quimiorradiación
Tratamiento que combina quimioterapia con radioterapia.

quimioterapia
Fármacos que eliminan las células cancerosas al dañar o interrumpir la creación del código genético.

radiólogo
Médico experto en estudios de diagnóstico por imágenes.

radiooncólogo
Médico experto en tratamiento radiológico.

radioterapia (RT)
Tratamiento que utiliza rayos de alta energía.

radioterapia de haz externo (RTHE)
Radioterapia que se aplica desde un equipo que se encuentra fuera del cuerpo.

receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)
Proteína que se encuentra en la superficie de una célula y envía señales para que crezca la célula.

recidiva
Reaparición del cáncer después de un período libre de la enfermedad.

resecable
Cáncer que puede extirparse con cirugía.

resección endoscópica (RE)
Tratamiento que extirpa los tumores incipientes con una herramienta que ha sido introducida por la garganta.

resección endoscópica de la mucosa (REM)
Extirpación de tumores incipientes con un asa guiada por la garganta.

sistema inmunitario
Defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades.

sonda de gastrostomía (sonda G)
Sonda de alimentación que se introduce mediante una incisión en la piel del abdomen y directamente al estómago. También se denomina sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP).

sonda de yeyunostomía (sonda J)
Sonda de alimentación que se inserta a través de una incisión en la parte media del intestino (yeyuno).

sonda nasogástrica (sonda NG)
Sonda que se inserta por la nariz hasta el estómago para administrar nutrición líquida.

submucosa
Segunda capa de la pared esofágica, compuesta principalmente por tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y células nerviosas.

subtipo
Grupo más pequeño dentro de un tipo de cáncer que se basa en determinadas características de las células.

tomografía computarizada (TC)
Estudio que utiliza rayos X para ver partes del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones/ tomografía computada (TEP/TC)
Estudio que utiliza material radioactivo y rayos X para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

tracto gastrointestinal (GI)
El grupo de órganos que atraviesan los alimentos después de ingerirlos. También se llama tubo digestivo.

tráquea
Vía respiratoria entre la garganta y el conducto de entrada de aire a los pulmones. También llamada tráquea.

tratamiento complementario
Atención médica que incluye el alivio de los síntomas y servicios de apoyo, pero no el tratamiento del cáncer.

tratamiento dirigido
Fármacos que detienen el proceso de crecimiento específico de las células cancerosas.

tratamiento primario
Tratamiento principal que se utiliza para eliminar el cáncer del cuerpo.

tubo digestivo
Grupo de órganos con forma de tubo que descompone los alimentos para que el cuerpo pueda utilizarlos. Parte del aparato digestivo.

tumor primario
Primera masa de células cancerosas.

vigilancia
Pruebas que se realizan después de terminar el tratamiento para saber si ha reaparecido el cáncer.

yeyuno
La parte media del intestino delgado.

zona pélvica
Área del cuerpo entre los huesos de la cadera.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.
Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.
NCCN.org/patients/feedback

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para los cánceres esofagogástricos y de la unión esofagogástrica, versión 3.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

Christine McLaughlin
Redactora médica

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para los cánceres esofágicos y de la unión esofagogástrica, versión 3.2026, fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Jaffer A. Ajani
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Thomas A. D'Amico, vicepresidente
Duke Cancer Institute

Dr. David J. Bentrem, máster en Ciencias
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

Dr. Sakti Chakrabarti
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center y Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Carlos U. Corvera
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Prajnan Das, máster en Ciencias, máster en Salud Pública
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Peter C. Enzinger
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Dr. Thomas Enzler, doctor en Medicina
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Hans Gerdes
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Michael K. Gibson, doctor en Medicina
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Patrick Grierson, doctor en Medicina
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dra. Garima Gupta
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. Wayne L. Hofstetter
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. David H. Ilson, doctor en Medicina
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Shadia Jalal
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dr. Ning Jin, máster en Ciencias
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Sunnie Kim
University of Colorado Cancer Center

* Dr. Samuel Klempner
Mass General Cancer Center

Dr. Moshim Kukar
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dra. Jill Lacy
Yale Cancer Center/ Smilow Cancer Hospital

Dr. Vincent Lam
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Byrne Lee
Stanford Cancer Institute

Frank Licciardi
Defensor de pacientes

Dr. Shane Lloyd
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dra. Quan P. Ly
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dra. Karen Matsukuma, doctora en Medicina
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Ryan P. Merkow, máster en Ciencias
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Aaron M. Miller, doctor en Medicina
UC San Diego Moores Cancer Center

Dra. Mary F. Mulcahy
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

Dr. Kyle A. Perry
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

* Dr. Jose M. Pimiento
Moffitt Cancer Center

Dra. Deepti M. Reddi
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. Scott Reznik
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Robert E. Roses
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. Alireza Sedarat
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dra. Vivian E. Strong
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Stacey Su
Fox Chase Cancer Center

* Dra. Nataliya Uboha, doctora en Medicina
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dr. Christopher G. Willett
Duke Cancer Institute

Dra. Yanghee Woo
City of Hope National Medical Center

Dr. Harry H. Yoon
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

NCCN

Nicole McMillian, máster en Ciencias
Coordinadora principal de las Guías

Nicholas Sansone, máster en Bellas Artes
Especialista en Diseño de Guías
MaryElizabeth Stein, doctora en Medicina
Científica adjunta/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mass General Brigham Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center,
Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Notas

Índice

ablación 39-40, 54, 65

ADN tumoral circulante (ADNtc) 25

alimentación por sonda 85

biomarcadores (marcadores tumorales) 23-24, 29

biopsia 20-23, 25, 30

broncoscopia 16, 21

conducto de reconstrucción 44

cuidados paliativos 38, 49, 51, 58, 60, 69

disección de ganglios linfáticos 45

ecografía 21, 54, 56, 65

endoscopia 16, 20-21, 30

endoscopia GI superior o EGD 20, 21, 30, 54, 56, 57-58, 60, 62

ensayo clínico 49-50

esofagectomía 44, 55, 57-58, 60-61, 67, 69

esófago de Barrett (EB) 6, 22, 39

estado funcional 17, 77, 79

fusiones de genes 23, 25

ganglios linfáticos 5-7, 12-13, 21-22, 28-29

inestabilidad microsatelital (MSI) 24, 29, 58

inmunoterapia 24, 46-48, 59, 61, 70

laparoscopia 21, 55

margen quirúrgico 41, 42-43, 57, 61, 67-68, 70

mutación 22-23, 25, 29

PD-L1 24, 59, 74, 76, 78

pruebas genéticas 17, 22-23

quimiorradiación 7, 37, 42, 46-47

quimioterapia 7, 24, 46-48, 57-58

radioterapia (RT) 38, 42, 46, 48-49, 61-62

receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) 23, 29, 48, 74

resección endoscópica (RE) 39-40, 54, 65

síndrome de vaciamiento rápido 89

sonda de alimentación 18, 55, 57, 67

sonda de gastrostomía (sonda G) 18, 46, 85

sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) 46, 85

sonda nasogástrica (sonda NG) 85

supervivencia 88, 88-91

tomografía computarizada (TC) 16, 18-19

tomografía por emisión de positrones (TEP) 19

tratamiento complementario 48, 51, 75, 81-86

tratamiento dirigido 23, 46, 48

tratamiento sistémico 17, 42, 46-47, 57-61, 74

unión gastroesofágica (UGE) 11-12

yeyunostomía (sonda J) 18, 46, 85



NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer esofágico



El camino hacia el futuro comienza aquí.

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

NCCN Foundation agradece profundamente al siguiente colaborador por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca

National Comprehensive Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-1978-1026