



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento no quirúrgico versus tratamiento quirúrgico para el cáncer esofágico (Revisión)

Best LMJ, Mughal M, Gurusamy KS

Best LMJ, Mughal M, Gurusamy KS.
Non-surgical versus surgical treatment for oesophageal cancer
(Tratamiento no quirúrgico versus tratamiento quirúrgico para el cáncer esofágico).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD011498.
DOI: [10.1002/14651858.CD011498.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011498.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamiento no quirúrgico versus tratamiento quirúrgico para el cáncer esofágico

Lawrence MJ Best¹, Muntzer Mughal², Kurinchi Selvan Gurusamy¹¹Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, London, UK. ²University College Hospital, London, UK**Dirección de contacto:** Kurinchi Selvan Gurusamy, Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, Rowland Hill Street, London, NW32PF, UK. k.gurusamy@ucl.ac.uk.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Enfermedades Esofago-gástricas, del Intestino Delgado y Pancreáticas.**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 3, 2016.**Referencia:** Best LMJ, Mughal M, Gurusamy KS. Non-surgical versus surgical treatment for oesophageal cancer (Tratamiento no quirúrgico versus tratamiento quirúrgico para el cáncer esofágico). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD011498. DOI: [10.1002/14651858.CD011498.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011498.pub2).

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El cáncer esofágico es la sexta causa más frecuente de mortalidad relacionada con el cáncer en el mundo. Actualmente la cirugía es la forma de tratamiento recomendada cuando es posible. Sin embargo, no está claro si las opciones de tratamiento no quirúrgicas son equivalentes a la esofagectomía con respecto a la supervivencia.

Objetivos

Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales del tratamiento no quirúrgico versus la esofagectomía en los pacientes con cáncer esofágico.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, ClinicalTrials.gov, y en la World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (WHO ICTRP) hasta el 4 marzo 2016. También se examinaron las listas de referencias de los estudios incluidos.

Criterios de selección

Dos autores revisan, de forma independiente, examinaron todos los títulos y resúmenes de los artículos obtenidos a partir de las búsquedas bibliográficas y seleccionaron las referencias para una evaluación adicional. Para estas referencias seleccionadas, la inclusión de los ensayos se basó en la evaluación del texto completo de los artículos.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión extrajeron los datos de forma independiente. Para los resultados binarios se calculó el riesgo relativo (RR) con el intervalo de confianza (IC) del 95%, para los resultados continuos se calculó la diferencia de medias (DM) o la diferencia de medias estandarizada (DME) con IC del 95%, y para los resultados de tiempo hasta el evento se calculó el cociente de riesgos instantáneos (CRI). Cuando fue significativo se realizaron metanálisis.

Resultados principales

Ocho ensayos, que incluyeron 1132 participantes en total, cumplieron los criterios de inclusión de esta revisión Cochrane. Estos ensayos tuvieron alto riesgo de sesgo. Un ensayo (que incluyó cinco participantes) no contribuyó con datos a esta revisión Cochrane y se excluyeron 13 participantes en los ensayos restantes después de la asignación al azar; lo anterior dejó un total de 1114 participantes para el análisis, 510 asignados al azar a tratamiento no quirúrgico y 604 a tratamiento quirúrgico. El tratamiento no quirúrgico fue quimiorradioterapia

definitiva en cinco ensayos y radioterapia definitiva en tres ensayos. Todos los participantes eran aptos para cirugía mayor. La mayoría de los datos se obtuvo de los ensayos que compararon quimiorradioterapia con cirugía. No hubo diferencias en la mortalidad a largo plazo entre la quimiorradioterapia y la cirugía (CRI 0,88; IC del 95%: 0,76 a 1,03; 602 participantes; cuatro estudios; evidencia de baja calidad). La mortalidad a largo plazo fue mayor en la radioterapia que en la cirugía (CRI 1,39; IC del 95%: 1,18 a 1,64; 512 participantes; tres estudios; evidencia de muy baja calidad). No hubo diferencias en la recidiva a largo plazo entre el tratamiento no quirúrgico y la cirugía (CRI 0,96; IC del 95%: 0,80 a 1,16; 349 participantes; dos estudios; evidencia de baja calidad). La diferencia entre los tratamientos no quirúrgicos y quirúrgicos no fue precisa para la mortalidad a corto plazo (RR 0,39; IC del 95%: 0,11 a 1,35; 689 participantes; cinco estudios; evidencia de calidad muy baja), la proporción de participantes con eventos adversos graves en el transcurso de tres meses (RR 0,61; IC del 95%: 0,25 a 1,47; 80 participantes; un estudio; evidencia de calidad muy baja) y la proporción de pacientes con recidiva local al seguimiento máximo (RR 0,89; IC del 95%: 0,70 a 1,12; 449 participantes; tres estudios; evidencia de muy baja calidad). La calidad de vida relacionada con la salud fue mayor en el tratamiento no quirúrgico entre las cuatro semanas y los tres meses después del tratamiento (Spitzer Quality of Life Index; DM 0,93; IC del 95%: 0,24 a 1,62; 165 participantes; un estudio; evidencia de muy baja calidad). La diferencia entre los tratamientos no quirúrgicos y quirúrgicos no fue precisa para la calidad de vida relacionada con la salud a medio plazo (tres meses a dos años después del tratamiento) (Spitzer Quality of Life Index; DM -0,95; IC del 95%: -2,10 a 0,20; 62 participantes; un estudio; evidencia de muy baja calidad). La proporción de pacientes con disfagia en la última visita de seguimiento antes de la muerte fue mayor con la quimiorradioterapia definitiva en comparación con el tratamiento quirúrgico (RR 1,48; IC del 95%: 1,01 a 2,19; 139 participantes; un estudio; evidencia de muy baja calidad).

Conclusiones de los autores

Según evidencia de calidad muy baja, la quimiorradioterapia parece ser al menos equivalente a la cirugía en cuanto a la supervivencia a corto y a largo plazo en los pacientes con cáncer esofágico (tipo carcinoma escamocelular) aptos para cirugía y que responden a la quimiorradioterapia de inducción. Sin embargo, hay incertidumbre en la comparación de quimiorradioterapia definitiva versus cirugía por cáncer esofágico (tipo adenocarcinoma) y no es posible descartar efectos beneficiosos o perjudiciales significativos de la quimiorradioterapia definitiva versus la cirugía. Según evidencia de calidad muy baja, la proporción de pacientes con disfagia en la última visita de seguimiento antes de la muerte fue mayor con la quimiorradioterapia definitiva en comparación con la cirugía. Según evidencia de calidad muy baja, la radioterapia da lugar a una menor supervivencia a largo plazo que la cirugía en los pacientes con cáncer esofágico aptos para cirugía. Sin embargo, hay un riesgo de sesgo y de errores aleatorios en estos resultados, aunque el riesgo de sesgo en los estudios incluidos en esta revisión sistemática es probable que sea inferior que en los estudios no aleatorizados.

Se necesitan ensayos adicionales con bajo riesgo de sesgo. Dichos ensayos necesitan comparar el tratamiento endoscópico con el tratamiento quirúrgico en el cáncer esofágico en estadio inicial (carcinoma in situ y estadio Ia) y la quimiorradioterapia definitiva con tratamientos quirúrgicos en otros estadios del cáncer esofágico y deben medir e informar resultados orientados al paciente. La identificación temprana de los pacientes que responden a la quimiorradioterapia y del mejor tratamiento de segunda línea para los pacientes que no responden también aumentará la necesidad y la aceptabilidad de ensayos que comparen la quimiorradioterapia definitiva con la cirugía.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento no quirúrgico versus tratamiento quirúrgico para el cáncer de esófago

Pregunta de la revisión

¿El tratamiento no quirúrgico es equivalente al tratamiento quirúrgico para el tratamiento de los pacientes con cáncer esofágico (cáncer del conducto de alimentación)?

Antecedentes

El cáncer esofágico es la sexta causa más frecuente de muerte relacionada con el cáncer en el mundo y se ha vuelto cada vez más habitual. El tratamiento y la supervivencia dependen de la extensión del cáncer. Cuando el cáncer está limitado al esófago y el paciente es apto para someterse a cirugía mayor, la extracción quirúrgica del esófago (esofagectomía) es el tratamiento actualmente recomendado. En algunos pacientes con cáncer esofágico se pueden administrar además de la cirugía la quimioterapia adicional (uso de productos químicos para destruir selectivamente el cáncer) y la radioterapia (uso de rayos X para destruir el cáncer). Sin embargo, la quimioterapia, la radioterapia o una combinación de las dos (quimiorradioterapia) se pueden utilizar solas sin la cirugía, pero actualmente sólo se recomiendan en los pacientes que no son aptos para cirugía mayor debido a su estado general. La quimiorradioterapia por sí sola puede causar efectos secundarios como daño renal grave, infección y vómitos, pero es menos invasiva que la esofagectomía y puede dar lugar a una estancia hospitalaria más corta y reducir el riesgo de muerte. La esofagectomía puede tener posibles efectos secundarios significativos que incluyen infección del sitio quirúrgico, estrechamiento y rotura del tejido cuando el extremo cortado del esófago se une al intestino, neumonía y dificultad para tragar. La tasa de mortalidad también puede ser mayor, en particular cuando se realiza en centros más pequeños. No está claro si el tratamiento no quirúrgico puede ser tan eficaz como la cirugía en la curación del cáncer.

Características de los estudios

Ocho estudios cumplieron los criterios de inclusión de esta revisión Cochrane, y siete estudios proporcionaron información para la revisión. El tratamiento no quirúrgico fue quimiorradioterapia solamente en cinco estudios y radioterapia solamente en tres estudios. Se incluyeron 1114 participantes que recibieron tratamiento no quirúrgico (510 participantes) o tratamiento quirúrgico (604 participantes) en los diversos análisis de los siete estudios que proporcionaron información. Se utilizaron métodos similares al lanzamiento de una moneda para decidir si un participante recibía tratamiento no quirúrgico o tratamiento quirúrgico y para asegurar que los participantes de los dos grupos fueran similares. La mayoría de los ensayos incluyó pacientes sanos en relación con aspectos diferentes de la afección que requería cirugía. La evidencia está actualizada hasta el 4 de marzo 2016.

Resultados clave

La mayor parte de la información era de ensayos que compararon la quimiorradioterapia con la cirugía. No hubo diferencias en las muertes a largo plazo entre la quimiorradioterapia y la cirugía en los pacientes con cáncer esofágico aptos para cirugía. Más pacientes murieron con radioterapia que con cirugía entre los pacientes con cáncer esofágico aptos para cirugía a largo plazo. No hubo diferencias en la recidiva del cáncer a largo plazo entre el tratamiento no quirúrgico y la cirugía. La diferencia entre los tratamientos no quirúrgicos y quirúrgicos no fue precisa para las muertes a corto plazo, el porcentaje de participantes con eventos adversos graves en el transcurso de tres meses y el porcentaje de participantes con recidiva del cáncer en o los alrededores del conducto de alimentación. La calidad de vida relacionada con la salud (que abarca aspectos como la actividad, la vida cotidiana, la salud, el apoyo de la familia y los amigos y las perspectivas) fue mayor en el tratamiento no quirúrgico entre las cuatro semanas y los tres meses después del tratamiento, aunque no está claro lo que significa esta diferencia para el paciente. La diferencia entre los tratamientos no quirúrgicos y quirúrgicos no fue precisa para la calidad de vida relacionada con la salud a medio plazo (tres meses a dos años después del tratamiento). La quimiorradioterapia solamente parece ser al menos equivalente a la cirugía en cuanto a la supervivencia a corto y a largo plazo en los pacientes con un tipo de cáncer esofágico llamado cáncer escamocelular y que son aptos para cirugía. Hay más incertidumbre en la comparación de quimiorradioterapia solamente versus cirugía para otro tipo de cáncer esofágico llamado adenocarcinoma y no se pueden descartar los efectos beneficiosos o perjudiciales significativos de la quimiorradioterapia definitiva versus la cirugía en este tipo de cáncer esofágico. Más pacientes tuvieron dificultad para tragar antes de la muerte después del tratamiento con quimiorradioterapia en comparación con el tratamiento quirúrgico.

La radioterapia solamente da lugar a una menor supervivencia a largo plazo que la cirugía (cerca de un aumento del 40% en el riesgo de muerte). Se necesitan estudios adicionales bien diseñados que midan resultados que son importantes para los pacientes.

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia fue baja o muy baja debido a que los estudios incluidos eran pequeños y presentaban errores en el diseño. Como resultado, hay mucha incertidumbre con respecto a los resultados.