

Braquiterapia endoluminal en el tratamiento del cáncer de esófago

CT 2010/04

RESUMEN

Introducción:

El cáncer de esófago supone un importante problema de salud pública debido a su morbilidad y a su pobre pronóstico. Su comportamiento suele ser agresivo y el curso clínico se caracteriza por aparición progresiva de disfagia.

La braquiterapia concentra la radiación en las áreas afectadas de manera que los efectos secundarios se reducen al evitar el tejido sano circundante, por lo que en los últimos años su papel en el cáncer de esófago se ha visto incrementado.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la braquiterapia endoluminal con alta tasa de dosis en el tratamiento del cáncer de esófago, en términos de recurrencia, supervivencia, control de síntomas y calidad de vida de los pacientes, así como determinar la seguridad de dicho procedimiento en términos de toxicidad de la radioterapia.

Métodos: Se realizó una búsqueda de la literatura científica, desde enero de 1990 hasta febrero de 2010, en las siguientes bases de datos: Medline, Embase, HTA, DARE, NHSEED, Cochrane Library Plus, Web of science, IME, Clinical Trials Registry, ICTRP y Current controlled trials. De los artículos resultantes se seleccionaron únicamente aquellos que cumplieron los criterios de selección, procediéndose posteriormente a la extracción de datos y a una síntesis de la evidencia.

Resultados y discusión: Se seleccionaron 31 estudios para su evaluación a texto completo, de los que 22 cumplieron los criterios de inclusión. Se observaron unos elevados porcentajes de mejoría en los estudios en los que la braquiterapia se utilizó como tratamiento paliativo de la disfagia del cáncer de esófago avanzado. Cuando la braquiterapia se utilizó como tratamiento definitivo, los buenos resultados se obtuvieron únicamente en los tumores con afectación exclusiva de la mucosa.

Conclusiones: La braquiterapia con carácter paliativo podría considerarse en cánceres de esófago con lesiones irresecables o metástasis a distancia. En ellos, la braquiterapia de alta tasa de dosis mostró ser un método rápido y efectivo de alivio de la disfagia y una alternativa adecuada a los stents. Las dosis recomendables oscilarían entre 12-15 Gy, con fraccionamiento de la misma. La braquiterapia podría utilizarse también en tumores localizados y de bajo estadio, cuando no sean operables o cuando los pacientes rechacen la cirugía, tengan una edad elevada o una mala condición clínica. Los principales efectos adversos de la técnica son el desarrollo de estenosis esofágica y fístulas y la hemorragia. Complicaciones menores son el dolor retroesternal leve y la esofagitis post-radiación.

Recomendaciones: La braquiterapia endoluminal parece una opción razonable como tratamiento paliativo de casos seleccionados de disfagia asociada al cáncer de esófago avanzado y en casos de cáncer de mucosa esofágica no susceptibles de cirugía. Su implementación requiere la creación de un equipo multidisciplinar experimentado, un correcto protocolo de trabajo y una estricta adherencia al mismo. Sería recomendable una centralización de la técnica en el menor número de centros posible y la realización de estudios de calidad y de suficiente robustez estadística que permitan la realización de conclusiones firmes.

Endoluminal brachytherapy in the treatment of cancer of the oesophagus

CT 2010/04

Summary

Introduction: Due to its morbidity and poor prognosis, cancer of the oesophagus is an important public health problem. This cancer tends to display an aggressive pattern of behaviour, with a disease course characterised by the progressive appearance of dysphagy. By concentrating radiation in the areas affected and avoiding the surrounding healthy tissue, brachytherapy serves to reduce side effects and has thus assumed a growing role in oesophageal cancer in recent years.

Objectives: This study sought to: assess the effectiveness of high-dose-rate endoluminal brachytherapy in the treatment of oesophageal cancer, in terms of recurrence, survival, control of symptoms and patients' quality of life; and ascertain the safety of this procedure in terms of the toxicity of radiotherapy.

Methods: A search was made of the scientific literature, from January 1990 to February 2010, in the following databases: Medline; Embase; Health Technology Assessment (HTA); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); NHS Economic Evaluation Database (NHSEED); Web of Science, Índice Médico Español (IME), Clinical Trials Registry, International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) and Current Controlled Trials. From among the papers yielded by the bibliographic search, only those were selected that met the selection criteria; data were then extracted and the evidence summarised.

Results and discussion: A total of 31 studies were selected for assessment of the full text. Of these, 28 met the inclusion criteria. High percentages of improvement were reported in studies in which brachytherapy was used as palliative treatment for dysphagy in advanced oesophageal cancer. When brachytherapy was used as definitive treatment, good results were obtained only in the case of tumours with exclusive mucosal involvement.

Conclusions: Brachytherapy of a palliative nature could be considered in oesophageal cancers with unresectable lesions or distant metastases. In such cases, high-dose-rate brachytherapy has proved to be a swift and effective method of relieving dysphagy and a suitable alternative to stents. Using a fractionation schedule, a dose range of 12 to 15 Gy would be advisable. Brachytherapy could also be used for localised, early-stage tumours, where these were not operable or where patients rejected surgery, were of an advanced age or had a poor clinical condition. The main adverse effects of the technique are development of oesophageal stenosis and fistulae, and haemorrhages. Minor complications include mild retrosternal pain and postradiation oesophagitis.

Recommendations: Endoluminal brachytherapy would appear to provide a reasonable option for palliative treatment in selected cases of dysphagy associated with advanced oesophageal cancer, and in cases of oesophageal mucosal cancer not susceptible to surgery. Its implementation calls for the creation of an experienced multidisciplinary team, an appropriate work protocol and strict adherence to same. It would be advisable for the technique to be centralised at the smallest number of health centres possible, and for quality studies to be conducted that were of sufficient statistical robustness to ensure that firm conclusions could be drawn.