
DetECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN POR ETAPAS DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

Aprenda sobre los signos y los síntomas del cáncer de esófago. Descubra cómo son las pruebas, el diagnóstico y la clasificación por etapas para esta enfermedad.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Encontrar el cáncer cuando se encuentra en sus etapas iniciales a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones de tratamiento. En algunos casos de la enfermedad en etapa inicial surgen signos y síntomas que pueden ser notados, pero esto no siempre es así.

- [¿Se puede descubrir el cáncer de esófago en sus comienzos?](#)
- [Signos y síntomas del cáncer de esófago](#)
- [Pruebas para el cáncer de esófago](#)

ETAPAS Y PRONÓSTICO (PROGNOSIS)

Después del diagnóstico, la clasificación de la enfermedad según su etapa proporciona información importante sobre qué tanto se ha propagado el cáncer en el cuerpo, así como información anticipada sobre la respuesta que habrá con el tratamiento.

- [Etapas del cáncer de esófago](#)
- [Tasas de supervivencia para el cáncer de esófago según la etapa](#)

PREGUNTAS QUE DEBEN RESPONDERSE ACERCA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

A continuación se presentan algunas de las preguntas que puede hacer a su equipo de profesionales médicos contra el cáncer para que le ayuden a entender mejor su diagnóstico de cáncer y opciones de tratamiento.

- [Preguntas que deben formularse acerca del cáncer de esófago](#)

¿Se puede descubrir el cáncer de esófago en sus comienzos?

- [Pruebas para personas en alto riesgo](#)

Las *pruebas de detección* se realizan como parte del proceso de determinar la presencia de cáncer o precáncer en las personas que no presentan ningún síntoma de la enfermedad. Actualmente, ninguna organización profesional en los Estados Unidos recomienda realizar pruebas de detección para el cáncer de esófago en el público general. Esto se debe a que ninguna prueba de detección ha demostrado reducir el riesgo de morir a causa del cáncer de esófago en las personas que tienen un riesgo promedio.

Sin embargo, a las personas que tienen un alto riesgo de cáncer de esófago, como aquellas con esófago de Barrett, a menudo se les brinda un seguimiento minucioso para identificar cánceres en etapa temprana y precánceres.

Pruebas para personas en alto riesgo

Esófago de Barrett

Muchos expertos recomiendan que las personas con un alto riesgo de cáncer de esófago, como lo son aquellas con esófago de Barrett, se hagan regularmente una endoscopia superior. Para esta prueba, el médico observa el interior del esófago a través de un tubo flexible e iluminado llamado *endoscopio*. (Consulte [Pruebas para el cáncer de esófago](#)). Puede que el médico obtenga pequeñas muestras de tejido (biopsias) del área anormal para que puedan ser examinadas y así determinar si contienen cualquier displasia (células precancerosas) o células cancerosas.

Los médicos no saben con certeza la frecuencia con la que se debe repetir la prueba, aunque la mayoría recomienda que se haga con más frecuencia si se encuentran áreas de displasia. Esta prueba se repite incluso con más frecuencia si hay una displasia de

alto grado (las células aparecen muy anormales).

Si el área de esófago de Barrett es grande, existe displasia de alto grado, o ambos, se podría recomendar el tratamiento del área anormal debido al alto riesgo de que un adenocarcinoma ya esté presente (pero no fue encontrado) o que se origine dentro de pocos años. Las otras opciones de tratamiento para la displasia de alto grado podrían incluir cirugía para extraer parte del esófago con el área anormal, resección endoscópica de la mucosa, terapia fotodinámica o ablación por radiofrecuencia. Consulte [Tratamientos endoscópicos para detectar el cáncer de esófago](#)¹. El pronóstico para estos pacientes es relativamente favorable después del tratamiento.

Síndromes hereditarios

Las personas con síndromes hereditarios que tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de esófago también podrían necesitar endoscopias frecuentes para detectar cáncer o precáncer. Por ejemplo, las personas con queratosis o síndrome de Bloom deben considerar la posibilidad de realizarse pruebas de detección con endoscopia superior después de cumplir 20 años. Las personas que tienen familiares con esófago de Barrett familiar (hereditario) deben considerar las pruebas de detección con endoscopia superior después de los 40 años de edad. Si tiene uno de estos síndromes hereditarios, lo mejor es hablar con su médico sobre la detección del cáncer y lo que es adecuado para usted.

La observación minuciosa y el tratamiento (de ser necesario) pueden ayudar a prevenir que se originen algunos cánceres de esófago. También pueden detectar temprano algunos cánceres, cuando hay más probabilidades de que se pueda tratar con buenos resultados.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-esofago/tratamiento/tratamientos-endoscopicos.html

Referencias

Bever T, El-Serag H, Hanash S, et al. Chapter 23 - Screening and Early Detection. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

Brawley OW and Parnes HL. Ch 37 – Cancer Screening. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

Ku GY and Ilson DH. Chapter 71 – Cancer of the Esophagus. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. V.4.2019. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf on Jan 21, 2020.

PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Esophageal Cancer Screening. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated 09/26/2019. Available at: <https://www.cancer.gov/types/esophageal/hp/esophageal-screening-pdq>. Accessed 01/28/2020 [PMID: 26389241].

PDQ® Screening and Prevention Editorial Board. PDQ Esophageal Cancer Screening. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated 10/11/2019. Available at: <https://www.cancer.gov/types/esophageal/patient/esophageal-screening-pdq>. Accessed 01/28/2020. [PMID: 26389194].

Posner MC, Goodman KA, and Ilson DH. Ch 52 - Cancer of the Esophagus. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Gerson LB; American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol*. 2015;111:30-50.

Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. *N Engl J Med*. 2009;360:2277–2288.

Actualización más reciente: marzo 20, 2020

Signos y síntomas del cáncer de

esófago

- [Problemas para tragar](#)
- [Dolor en el pecho](#)
- [Pérdida de peso](#)

El diagnóstico de la mayoría de los casos de cáncer de esófago se hace en personas que presentan síntomas. Es infrecuente diagnosticar a una persona con este cáncer que no presente síntomas. Cuando esto sucede, el cáncer se encuentra generalmente por casualidad al realizar pruebas debido a otros problemas de salud.

Desafortunadamente, la mayoría de los cánceres de esófago no causa síntomas sino hasta que han alcanzado una etapa avanzada, cuando son más difíciles de tratar.

Los síntomas más comunes del cáncer de esófago son:

- Problemas para tragar
- Dolor en el pecho
- Pérdida de peso
- Ronquera
- Tos crónica
- Vómito
- Dolor en huesos (si el cáncer se ha propagado a los huesos)
- Sangrado en el esófago. Esta sangre entonces pasa a través del tracto digestivo, lo que puede causar que la excreta se torne negra. Con el tiempo, esta pérdida de sangre puede causar anemia (bajos niveles de glóbulos rojos), lo que puede provocar que una persona se sienta cansada.

Tener uno o más síntomas no significa que usted tiene cáncer de esófago. De hecho, es más probable que muchos de estos síntomas sean causados por otras afecciones. No obstante, si tiene cualquiera de estos síntomas, especialmente dificultad al tragar, es importante que un médico le examine para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario.

Problemas para tragar

El síntoma más común del cáncer de esófago es dificultad para tragar (*disfagia*). Puede sentirse como si la comida estuviera atascada en la garganta o el pecho, e incluso

puede causar que alguien se ahogue con su comida. Al inicio, este problema es a menudo leve, pero empeora con el transcurso del tiempo a medida que el cáncer crece y la abertura dentro del esófago se torna más pequeña.

Cuando se dificulta tragar, frecuentemente las personas cambian su dieta y sus hábitos de alimentación sin darse cuenta. Estas personas comen bocados más pequeños y mastican su comida más cuidadosa y lentamente. Conforme el cáncer aumenta de tamaño, el problema puede empeorarse. Entonces, las personas pueden comenzar a comer alimentos más blandos que pueden pasar más fácilmente por el esófago. Puede que eviten el pan y la carne, ya que estos alimentos por lo general se atascan en la garganta. La dificultad al tragar puede incluso empeorar tanto que algunas personas dejan de comer alimentos sólidos y cambian a una dieta líquida. Si el cáncer sigue creciendo, eventualmente podría incluso dificultar el paso de los líquidos por el esófago.

Para ayudar a que los alimentos pasen por el esófago, el cuerpo produce más saliva. Esto causa que algunas personas se quejen de producir mucha mucosidad o saliva espesa.

Dolor en el pecho

Algunas veces, las personas presentan dolor o malestar en la parte media del pecho. Algunas personas presentan una sensación de presión o ardor en el pecho. Estos síntomas son causados con más frecuencia por otros problemas distintos al cáncer, tal como acidez (agruras), y por lo tanto rara vez son vistos como un signo de que una persona tiene cáncer.

Puede presentarse dolor al tragar si el cáncer es lo suficientemente grande como para limitar el paso de alimentos a través del esófago. El término médico *odinofagia* se utiliza para describir el dolor producido al tragar. El dolor se puede sentir algunos segundos después de tragar, conforme el alimento o el líquido alcanza el tumor y se tiene dificultad para pasarlo por el esófago.

Pérdida de peso

Muchas personas con cáncer de esófago presentan pérdida de peso involuntaria. Esto ocurre debido a que los problemas al tragar impiden que el paciente se alimente lo suficiente como para mantener su peso. El cáncer también podría disminuir su apetito y aumentar su metabolismo.

Referencias

Ku GY and Ilson DH. Chapter 71 – Cancer of the Esophagus. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Esophageal Cancer Treatment (Adult). Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated 11/15/2019. Available at: <https://www.cancer.gov/types/esophageal/patient/esophageal-treatment-pdq>. Accessed 01/28/2020. [PMID: 26389463].

Posner MC, Goodman KA, and Ilson DH. Ch 52 - Cancer of the Esophagus. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

Saltzman JR and Gibson MK. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of esophageal cancer. Howell DA and Goldberg RM, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on January 28, 2020).

Actualización más reciente: marzo 20, 2020

Pruebas para el cáncer de esófago

- [Antecedentes médicos y examen médico](#)
- [Estudios por imágenes para el cáncer de esófago](#)
- [Endoscopia](#)
- [Pruebas de laboratorio de las muestras de biopsia](#)
- [Análisis de sangre](#)

Por lo general, los cánceres de esófago se descubren cuando una persona presenta signos o síntomas. Si se sospecha de cáncer de esófago, se necesitarán estudios, pruebas y una biopsia (una muestra de células del esófago) para confirmar el diagnóstico. Si se descubre cáncer, se realizarán pruebas adicionales para ayudar a determinar la extensión (etapa o estadio) del cáncer.

Antecedentes médicos y examen médico

Si usted presenta síntomas que podrían ser causados por un cáncer de esófago, el médico le preguntará sobre sus antecedentes médicos para conocer sobre sus síntomas y posibles factores de riesgo.

Su médico también le hará un examen minucioso para detectar posibles signos de cáncer de esófago y otros problemas médicos.

Si los resultados del historial y el examen físico sugieren que usted podría tener cáncer de esófago, se realizarán más pruebas. Estas pruebas pueden incluir estudios por imágenes, biopsias del esófago, o ambos. También es posible que le pidan que consulte con un gastroenterólogo (un médico especializado en enfermedades del sistema digestivo) para realizar más pruebas y tratamiento.

Estudios por imágenes para el cáncer de esófago

Los estudios por imágenes utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o sustancias radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Los estudios por imágenes se pueden hacer por un número de razones tanto antes como después del diagnóstico de cáncer de esófago. Estas razones incluyen:

- Encontrar un área sospechosa que podría ser cancerosa
- Saber cuán lejos se podría haber propagado el cáncer
- Ayudar a determinar si el tratamiento es eficaz
- Detectar posibles signos del cáncer que regresa después del tratamiento

Prueba de ingesta de bario

Si usted presenta dificultades para tragar, a veces lo primero que se hace es una prueba de ingesta de bario. En esta prueba, se le pedirá que trague un líquido espeso y calcáreo llamado *bario* para recubrir las paredes del esófago. Cuando se toman radiografías, el bario delinea el esófago. Esta prueba se puede hacer por sí misma, o como parte de una serie de radiografías llamadas *tránsito gastroduodenal (GI)*, que incluye el estómago y parte del intestino

Una prueba de ingesta de bario puede mostrar cualquier área anormal en el revestimiento interno del esófago normalmente uniforme, pero no se puede utilizar para determinar cuán lejos un cáncer se ha propagado fuera del esófago.

Esta prueba puede mostrar incluso cánceres pequeños y en sus comienzos. Los cánceres en etapas iniciales pueden aparecer como pequeñas masas redondas o áreas planas elevadas (llamadas *placas*), mientras que los cánceres avanzados aparecen como grandes áreas irregulares y pueden causar el estrechamiento del interior del esófago.

Por otro lado, la prueba de ingesta de bario también se puede usar para diagnosticar una de las complicaciones más graves del cáncer de esófago llamada *fístula traqueo esofágica*. Esto ocurre cuando el tumor destruye el tejido que se encuentra entre el esófago y la tráquea, y crea un hueco que los conecta. Cualquier cosa que se trague puede entonces pasar del esófago a la tráquea y a los pulmones. Esto puede ocasionar tos frecuente, dificultad para respirar o incluso pulmonía. Este problema se puede aliviar con cirugía o un procedimiento de endoscopia.

Tomografía computarizada

Una tomografía computarizada (CT) usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. En lugar de tomar 1 o 2 imágenes, como una radiografía común, una tomografía computarizada toma muchas imágenes y una computadora luego las combina para mostrar una sección de la parte de su cuerpo que se está estudiando.

Este estudio puede ayudar a determinar si el cáncer de esófago se ha propagado a los órganos y los ganglios linfáticos cercanos (grupos en forma de fríjol de células del sistema inmunitario a donde los cánceres a menudo se propagan primero) o a partes distantes del cuerpo.

Antes de realizar el estudio, se le podrá solicitar que beba aproximadamente entre 1 y 2 pintas (entre medio y un litro) de un líquido llamado contraste oral. Esto ayuda a delinear el esófago y los intestinos. Si está presentando problemas al tragar, usted debe informar a su médico antes de la CT.

Biopsia con aguja guiada por CT: cuando la zona sospechosa de cáncer está alejada de la superficie del cuerpo, se puede usar una tomografía computarizada para guiar la aguja de una biopsia hacia esta área y obtener una muestra de tejido para saber si hay cáncer.

Imágenes por resonancia magnética

Al igual que la CT, las imágenes por resonancia magnética (MRI) muestran imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, las MRI utilizan ondas de

radio e imanes potentes en lugar de rayos X. La MRI también se puede utilizar para buscar posibles cánceres que se han propagado al cerebro y la médula espinal.

Tomografía por emisión de positrones

Para una tomografía por emisión de positrones (PET), se inyecta en la sangre un tipo de azúcar ligeramente radiactivo (conocido como FDG, por sus siglas en inglés) que se acumula principalmente en las células cancerosas. Estas áreas de radiactividad se pueden ver en una PET usando una cámara especial.

Estudio PET/CT: a veces se combina una PET con una CT usando una máquina especial que puede hacer ambos estudios al mismo tiempo. Esto permite al médico comparar las áreas de mayor radiactividad en la PET con la imagen más detallada de esa área en la CT.

Los estudios PET/CT pueden ser útiles:

- En el diagnóstico del cáncer de esófago
- Si su médico cree que el cáncer se ha propagado, pero no sabe a dónde. Estos estudios pueden revelar propagación del cáncer al hígado, los huesos, o a algunos otros órganos. Para observar el cerebro y la médula espinal, no son tan útiles.

Endoscopia

Un endoscopio es un tubo flexible y estrecho con una cámara de vídeo diminuta y una luz en el extremo que se usa para observar el interior del cuerpo. Los estudios que usan endoscopios pueden ayudar a diagnosticar el cáncer de esófago o a determinar la extensión de su propagación.

Endoscopia superior

La endoscopia superior es un estudio importante en el diagnóstico de cáncer de esófago. Durante una endoscopia superior, usted está sedado (somnoliento) y luego el médico pasa un endoscopio (un tubo delgado y flexible con una luz y una pequeña cámara de vídeo en el extremo) por la garganta y hacia el esófago y el estómago. La cámara del endoscopio se conecta a un monitor que permite que el médico observe claramente cualquier área anormal en la pared del esófago.

El cirujano puede usar instrumentos especiales a través del endoscopio para extraer

(hacer una biopsia) muestras de tejido de cualquier área anormal. Estas muestras se envían al laboratorio para saber si tienen cáncer.

Si el cáncer está bloqueando la abertura (*lumen*) del esófago, se pueden usar ciertos instrumentos para ayudar a agrandar la abertura y permitir que pase alimento y líquido.

La endoscopia superior puede proporcionar al médico información importante sobre el tamaño y la propagación del tumor, lo que se puede usar para ayudar a determinar si el tumor se puede extirpar mediante cirugía.

Ecografía endoscópica

Por lo general, este estudio se lleva a cabo durante el mismo tiempo que la endoscopia superior. Para una ecografía endoscópica, una sonda que emite ondas sonoras se encuentra en el extremo de un endoscopio. Esto permite que la sonda llegue muy cerca de los tumores en el esófago. Este estudio es muy útil para determinar el tamaño de un cáncer de esófago y cuán lejos ha crecido hacia áreas cercanas. También puede ayudar a mostrar si los ganglios linfáticos adyacentes podrían estar afectados por el cáncer. Si en la ecografía se observan ganglios linfáticos agrandados, el médico puede pasar una aguja hueca y fina a través del endoscopio para obtener muestras de biopsia. Esto ayuda al médico a decidir si el tumor se puede extirpar mediante cirugía.

Broncoscopia

Este estudio se puede realizar para un cáncer que se encuentra en la parte superior del esófago con el fin de ver si se ha propagado a la tráquea o a los bronquios (conductos que conducen desde la tráquea hasta los pulmones).

Toracoscopia y laparoscopia

Estos exámenes permiten que el médico observe los ganglios linfáticos y otros órganos cercanos al esófago en el interior del pecho (mediante toracoscopia) o del abdomen (laparoscopia) a través de un tubo hueco que tiene una fuente de luz y que se puede usar para obtener muestras de biopsias.

Estos procedimientos se realizan en el quirófano (sala de operaciones) mientras usted está bajo anestesia general (dormido profundamente). Se hace una pequeña incisión (corte) en el lado de la pared torácica (para toracoscopia) o el abdomen (para laparoscopia). Algunas veces se hace más de un corte. El médico entonces inserta un endoscopio (tubo delgado que tiene una fuente de luz y una pequeña cámara de vídeo en el extremo) a través de la incisión para observar el espacio que rodea el esófago. El

El cirujano puede pasar instrumentos delgados hacia ese espacio para tomar muestras de los ganglios linfáticos y hacer una biopsia para saber si el cáncer se propagó. Con frecuencia esta información es importante para decidir si una persona probablemente se beneficiará de la cirugía.

Pruebas de laboratorio de las muestras de biopsia

Por lo general, se realiza una biopsia si se sospecha de un cáncer de esófago que se descubre mediante la endoscopia o un estudio por imágenes. En una biopsia, el médico extrae un fragmento de tejido con un instrumento para cortar que se pasa a través del endoscopio.

Pruebas de HER2: si se encuentra cáncer de esófago, pero está demasiado avanzado como para realizar una cirugía, es posible que se realicen pruebas del gen o proteína HER2 en las muestras que se obtuvieron para la biopsia. Algunas personas con cáncer de esófago producen demasiada cantidad de gen o proteína HER2 que ayuda a las células a crecer. Un medicamento llamado trastuzumab (Herceptin) que se dirige a la proteína HER2 puede ayudar a tratar estos cánceres avanzados cuando se usa con la quimioterapia. Solo los cánceres que tienen demasiada cantidad de gen o proteína HER2 suelen responder a este medicamento, razón por la cual los médicos pueden hacer pruebas de esta proteína a las muestras del tumor. (Consulte [Terapia dirigida para el cáncer de esófago](#)¹).

Pruebas de PD-L1: se pueden realizar pruebas a un cáncer de esófago que no se puede tratar con cirugía o se ha propagado a sitios distantes para saber si produce una proteína de punto de control llamada PD-L1. Esta proteína se encuentra en 35% a 45% de los cánceres de esófago. Los tumores que producen esta proteína podrían tratarse con el medicamento de inmunoterapia pembrolizumab.

Pruebas MMR y MSI: las células cancerosas esofágicas pueden analizarse para ver si muestran altos niveles de cambios genéticos llamada inestabilidad de microsatélites (MSI), o si tienen cambios en cualquiera de los genes (*MLH1*, *MSH2*, *MSH6* y *PMS2*) de reparación de discordancias (MMR).

Los cánceres esofágicos que dan positivo para MMR o MSI alta y no pueden tratarse con cirugía, han regresado después del tratamiento inicial o se han propagado a otras partes del cuerpo podrían responder a la inmunoterapia con el medicamento pembrolizumab.

Análisis de sangre

El médico podría ordenar ciertos análisis de sangre si cree que tiene cáncer de esófago.

Hemograma completo (CBC): esta prueba mide los diferentes tipos de células en su sangre. Puede indicar si tiene anemia (muy pocos glóbulos rojos). Algunas personas con cáncer de esófago tienen recuentos bajos de glóbulos rojos porque el tumor ha estado sangrando.

Enzimas hepáticas: es posible que también se haga una prueba de sangre para verificar su función hepática, ya que el cáncer esofágico puede propagarse hacia el hígado.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-esofago/tratamiento/terapia-dirigida.html

Referencias

De Mello RA, Castelo-Branco L, Castelo-Branco P, et al. What Will We Expect From Novel Therapies to Esophageal and Gastric Malignancies? In: Dizon DS, Pennell N, Rugo HS, eds. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2018: 249-261.

Ku GY and Ilson DH. Chapter 71 – Cancer of the Esophagus. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. V.4.2019. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf on Jan 23, 2020.

Posner MC, Goodman KA, and Ilson DH. Ch 52 - Cancer of the Esophagus. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

Actualización más reciente: marzo 20, 2020

Etapas del cáncer de esófago

- [¿Cómo se determina la etapa?](#)
- [Descripciones de la etapa del cáncer de esófago](#)
- [Cáncer resecable y cáncer irreseccable](#)

Después del diagnóstico, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama *estadificación* (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. Los médicos también utilizan la etapa de un cáncer cuando hablan sobre las estadísticas de supervivencia.

Los cánceres de esófago en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (displasia de alto grado), y los demás van desde la etapa I (1) a la IV (4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra anterior significa una etapa menos avanzada. Aunque la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar.

La mayoría de los cánceres de esófago se originan en el revestimiento más interno del esófago (el epitelio) y luego crecen hacia las capas más profundas con el pasar del tiempo.

¿Cómo se determina la etapa?

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer de esófago es el sistema TNM del (AJCC) que se basa en tres piezas clave de información:

- La extensión (tamaño) del tumor (**T**): ¿Cuán lejos el cáncer ha crecido hacia la pared del esófago? ¿Ha alcanzado el cáncer las estructuras u órganos cercanos? (Consulte [¿Qué es el cáncer de esófago?](#)¹ para aprender acerca de las capas de la pared del esófago).
- La propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos adyacentes (**N**): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos cercanos?
- La propagación (metástasis) a sitios distantes (**M**): ¿Se ha propagado el cáncer a

ganglios linfáticos distantes o a órganos distantes como los pulmones o el hígado?

Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, esta información se combina en un proceso llamado *agrupación por etapas* para asignar una etapa general. Para más información, consulte [Estadificación del cáncer²](#).

Sistemas de estadificación para el cáncer de esófago

Puesto que el cáncer del esófago puede ser tratado de diferentes maneras, se han creado diferentes sistemas de estadificación para cada situación:

- **Etapa patológica** (también llamada la *etapa quirúrgica*): si primero se realiza una cirugía, la etapa patológica se determina mediante el examen del tejido extirpado durante una operación. Este es el sistema que se usa con más frecuencia.
- **Etapa clínica**: si la cirugía no es posible o se hará después de otro tratamiento, entonces la etapa clínica se determina basándose en los resultados de un examen médico, biopsia y estudios por imágenes. La etapa clínica se utilizará para ayudar a planear el tratamiento, pero no podrá predecir el pronóstico con tanta precisión como la etapa patológica. Esto se debe a que algunas veces el cáncer se ha propagado más de lo que se estimó en la etapa clínica.
- **Etapa posneoadyuvante**: si se administra quimioterapia o radiación antes de la cirugía (esto se llama *terapia neoadyuvante*), luego se determinará una etapa posneoadyuvante separada después de la cirugía.

Debido a que la mayoría de los cánceres se clasifican con la etapa patológica, hemos incluido ese sistema de estadificación en la tabla que sigue. Si su cáncer ha sido estadificado clínicamente, o si ha recibido terapia neoadyuvante, es mejor consultar con su médico acerca de su etapa específica en estas situaciones.

Grado

Otro factor que puede afectar su tratamiento y su pronóstico de supervivencia es el grado de su cáncer. El grado describe cuán parecido es el cáncer al tejido normal cuando se observa al microscopio.

La escala utilizada para clasificar por grados a los cánceres de esófago va del 1 al 3.

- **GX:** no se puede evaluar el grado. (Se desconoce el grado).
- **Grado 1 (G1): bien diferenciado; bajo grado)** significa que las células del cáncer se parecen más al tejido normal del esófago.
- **Grado 3 (G3: pobremente diferenciado, indiferenciado; alto grado)** significa que las células del cáncer se ven muy anormales.
- **Grados 2 (G2: moderadamente diferenciados; intermedios)** tienen características intermedias entre el grado 1 y el grado 4.

Los cánceres de bajo grado tienden a crecer y propagarse más lentamente que los cánceres de alto grado. En la mayoría de los casos, el pronóstico es mejor para los cánceres de bajo grado que para los cánceres de alto grado de la misma etapa.

Lugar

Para algunas etapas de los carcinomas de células escamosas en sus comienzos también se toma en cuenta el punto en el esófago en el que se encuentra el tumor. La localización se designa ya sea como *superior*, *media* o *inferior* en función del punto medio donde se encuentre el tumor.

Descripciones de la etapa del cáncer de esófago

Las tablas siguientes son versiones simplificadas del sistema TNM, basadas en los sistemas AJCC más recientes, en vigor a partir de enero de 2018. Estas incluyen sistemas de estadificación para el *carcinoma de células escamosas* y el *adenocarcinoma*. Es importante saber que determinar la etapa del cáncer de esófago puede ser complicado. Si tiene alguna pregunta con respecto a la etapa de su cáncer o lo que implica, por favor, pídale a su médico que se la explique de una manera que usted pueda entender.

Etapas del carcinoma de células escamosas

Etapa AJCC	Descripción de la etapa CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS
0	El cáncer se encuentra solamente en el epitelio (la capa superior de células que recubre el interior del esófago). No ha comenzado a crecer hacia las capas más profundas. Esta etapa también se conoce como displasia de alto grado. No se ha propagado a ningún ganglio linfático ni a órganos distantes.

	No se aplica el grado del cáncer. Se puede encontrar el cáncer en cualquier parte del esófago.
IA	<p>El cáncer está creciendo hacia la lámina propia o la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio). No se ha propagado a ningún ganglio linfático ni a órganos distantes.</p> <p>El cáncer es grado 1 o grado desconocido y está en cualquier parte del esófago.</p>
IB	<p>El cáncer está creciendo en la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio), la submucosa o la capa muscular gruesa (muscularis propia). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes ni a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado o un grado desconocido y estar localizado en cualquier parte del esófago.</p>
IIA	<p>El cáncer está creciendo hacia la capa muscular gruesa (muscularis propia). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes ni a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser grado 2 o 3, o un grado desconocido y estar localizado en cualquier parte del esófago.</p>
	<p>○</p> <p>El cáncer está creciendo hacia la capa exterior del esófago (la adventicia). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes ni a órganos distantes.</p> <p>Puede aplicar al cáncer cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier grado y localizado en la porción inferior del esófago ○ • Grado 1 y localizado en la porción superior o media del esófago.
IIB	<p>El cáncer está creciendo hacia la capa exterior del esófago (la adventicia). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes ni a órganos distantes.</p> <p>Puede aplicar al cáncer cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado 2 o 3 y localizado en la porción superior o media del esófago ○ • Un grado desconocido y localizado en cualquier parte en el esófago ○ • Cualquier grado y se desconoce su localización en el esófago.
	○
	El cáncer está creciendo en la lámina propia, la capa muscular de la mucosa

	<p>(el tejido debajo del epitelio) o en la submucosa. Se propagó a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado y estar localizado en cualquier parte del esófago.</p>
IIIA	<p>El cáncer está creciendo en la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio), la submucosa o la capa muscular gruesa (muscularis propia). No se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado y estar localizado en cualquier parte del esófago.</p>
IIIB	<p>El cáncer está creciendo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capa muscular gruesa (muscularis propia), y no se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • La capa exterior del esófago (la adventicia), y no se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • La pleura (la capa fina de tejido que recubre los pulmones), el pericardio (el saco delgado que rodea el corazón), o el diafragma (el músculo que se encuentra debajo de los pulmones y que separa el tórax del abdomen), y no se ha propagado a más de 2 ganglios linfáticos adyacentes. <p>No se ha propagado a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado y estar localizado en cualquier parte del esófago.</p>
IVA	<p>El cáncer está creciendo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pleura (la capa fina de tejido que recubre los pulmones), el pericardio (el saco delgado que rodea el corazón), o el diafragma (el músculo que se encuentra debajo de los pulmones y que separa el tórax del abdomen), y no se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • La tráquea, la aorta (vaso sanguíneo grande proveniente del corazón), la columna vertebral o en otras estructuras vitales adyacentes, y en no más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • Cualquier capa del esófago, y se ha propagado a 7 o más ganglios

	<p>linfáticos adyacentes.</p> <p>No se ha propagado a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado y estar localizado en cualquier parte del esófago.</p>
IVB	El cáncer se propagó a ganglios linfáticos distantes y/o a otros órganos, como el hígado y los pulmones. El cáncer puede ser de cualquier grado y estar localizado en cualquier parte del esófago.

Etapas del adenocarcinoma

La localización del cáncer en el esófago no afecta la etapa de los adenocarcinomas.

Etapa AJCC	Descripción de la etapa
	ADENOCARCINOMA
0	<p>El cáncer se encuentra solamente en el epitelio (la capa superior de células que recubre el interior del esófago). No ha comenzado a crecer hacia las capas más profundas. Esta etapa también se conoce como displasia de alto grado. No se ha propagado a ningún ganglio linfático ni a órganos distantes.</p> <p>No se aplica el grado del cáncer.</p>
IA	<p>El cáncer está creciendo hacia la lámina propia o la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio). No se ha propagado a ningún ganglio linfático ni a órganos distantes.</p> <p>El cáncer es grado 1 o grado desconocido.</p>
IB	<p>El cáncer está creciendo en la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio), o la submucosa. No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes ni a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser grado 1 o 2, o grado desconocido.</p>
IC	<p>El cáncer está creciendo en la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio), la submucosa o la capa muscular gruesa (muscularis propia). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes ni a órganos distantes.</p>

	El cáncer puede ser grado 1, 2, o 3.
IIA	<p>El cáncer está creciendo hacia la capa muscular gruesa (muscularis propia). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes ni a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser grado 3 o grado desconocido.</p>
IIB	<p>El cáncer está creciendo en la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio), o la submucosa. Se propagó a 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos. No se ha propagado a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado.</p>
	<p>○</p> <p>El cáncer está creciendo hacia la capa exterior del esófago (la adventicia). No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado.</p>
IIIA	<p>El cáncer está creciendo en la lámina propia, la capa muscular de la mucosa (el tejido debajo del epitelio), la submucosa o la capa muscular gruesa (muscularis propia).</p> <p>No se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado.</p>
IIIB	<p>El cáncer está creciendo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capa muscular gruesa (muscularis propia), y no se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • La capa exterior del esófago (la adventicia), y no se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • La pleura (la capa fina de tejido que recubre los pulmones), el pericardio (el saco delgado que rodea el corazón), o el diafragma (el músculo que se encuentra debajo de los pulmones y que separa el tórax del abdomen), y no se ha propagado a más de 2 ganglios linfáticos adyacentes.

	<p>No se ha propagado a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado.</p>
IVA	<p>El cáncer está creciendo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pleura (la capa fina de tejido que recubre los pulmones), el pericardio (el saco delgado que rodea el corazón), o el diafragma (el músculo que se encuentra debajo de los pulmones y que separa el tórax del abdomen), y no se ha propagado a más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • La tráquea, la aorta (vaso sanguíneo grande proveniente del corazón), la columna vertebral o en otras estructuras vitales adyacentes, y en no más de 6 ganglios linfáticos adyacentes ○ • Cualquier capa del esófago, y se ha propagado a 7 o más ganglios linfáticos adyacentes. <p>No se ha propagado a órganos distantes.</p> <p>El cáncer puede ser de cualquier grado.</p>
IVB	<p>El cáncer se propagó a ganglios linfáticos distantes y/o a otros órganos, como el hígado y los pulmones. El cáncer puede ser de cualquier grado.</p>

Cáncer resecable y cáncer irreseccable

El sistema de clasificación AJCC provee un resumen detallado de cuán lejos se ha propagado un cáncer de esófago. No obstante, para propósitos de tratamiento, a menudo a los médicos les preocupa más si el cáncer se puede remover completamente (resecable) con cirugía. Si, de acuerdo con la localización del cáncer y cuán lejos se ha propagado, se podría extraer completamente el cáncer mediante cirugía, éste se considera potencialmente *resecable*. Si el cáncer se ha propagado demasiado como para ser extraído completamente, se considera *irreseccable*.

Como regla general, los cánceres de esófago en etapa 0, I, y II son potencialmente resecables. La mayoría de los cánceres en etapa III también son potencialmente resecables, incluso cuando se han propagado a los ganglios linfáticos adyacentes, siempre y cuando el cáncer no haya crecido hacia la tráquea, la aorta (vaso sanguíneo

grande proveniente del corazón), la columna vertebral o hacia otras estructuras importantes adyacentes. Desafortunadamente, es posible que muchas personas cuyos cánceres son potencialmente resecables no puedan someterse a cirugía para extraer sus cánceres debido a que no están lo suficientemente saludables.

Si usted tiene cáncer de esófago localizado, a menudo se recomienda que su caso se discuta en una reunión multidisciplinaria. En esta reunión, médicos de diferentes especialidades (por ejemplo, oncología médica, patología, cirugía, oncología radioterápica) revisan su información médica a la vez para recomendar como grupo un plan de tratamiento para usted.

Los cánceres que han crecido hacia estructuras cercanas o que se han propagado a ganglios linfáticos distantes o a otros órganos se consideran irresecables. Por lo tanto, otros tratamientos que no sean cirugía son usualmente la mejor opción.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-esofago/acerca/que-es-cancer-de-esofago.html
2. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html

Referencias

American Joint Committee on Cancer. Esophagus and Esophagogastric Junction. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017:185.

Ku GY and Ilson DH. Chapter 71 – Cancer of the Esophagus. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. V.4.2019. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf on Jan 23, 2020.

PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Esophageal Cancer Treatment (Adult). Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated 01/22/2020. Available at: <https://www.cancer.gov/types/esophageal/hp/esophageal-treatment-pdq>. Accessed 01/29/2020. [PMID: 26389338].

Posner MC, Goodman KA, and Ilson DH. Ch 52 - Cancer of the Esophagus. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

Actualización más reciente: marzo 20, 2020

Tasas de supervivencia del cáncer de esófago

- [¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?](#)
- [¿De dónde provienen estos porcentajes?](#)
- [Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de esófago](#)
- [Cómo entender los porcentajes](#)

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicarle cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudar a darle un mejor entendimiento de que tan probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos (estimaciones) que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que usted tenga más preguntas. Hable con su médico para saber cómo estas estadísticas se aplican a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las personas que tienen la misma etapa de cáncer de esófago con las personas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de esófago es 60%, esto significa que las personas que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 60% de probabilidades, en comparación con las que no

padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer. La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de esófago en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el sistema de estadificación TNM del AJCC (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado** significa que el cáncer está creciendo solamente en el esófago.
- **Regional** significa que el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o tejidos cercanos.
- **Distante** significa que el cáncer se ha propagado a los órganos o los ganglios linfáticos distantes del tumor principal.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de esófago

Estos porcentajes se basan en personas que fueron diagnosticadas con cáncer de esófago entre 2012 y 2018.

Etapas	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	47%
Regional	26%
Distante	6%
Todas las etapas SEER combinadas	21%

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

Las tasas de supervivencia no separan a los carcinomas de células escamosas de los adenocarcinomas, aunque usualmente se cree que en general las personas con adenocarcinomas tienen un pronóstico ligeramente mejor.

Cómo entender los porcentajes

- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de esófago pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basaron en personas que fueron diagnosticadas y tratadas al menos 5 años antes.
- **Estos porcentajes se aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican en situaciones en donde el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Al calcular estos porcentajes, no se tomaron en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, qué tan bien responda al tratamiento contra el cáncer, y otros factores también pueden afectar su pronóstico.

Referencias

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2023*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2023.

Actualización más reciente: marzo 1, 2023

Preguntas que deben formularse acerca del cáncer de esófago

Es importante que tenga un diálogo sincero y franco con los profesionales de la salud que componen su equipo de atención médica contra el cáncer. Es recomendable que ellos contesten todas sus preguntas para que usted pueda tomar decisiones fundamentadas sobre su vida y su tratamiento. Por ejemplo, considere las siguientes preguntas:

En el momento en que le informan que tiene cáncer de esófago

- ¿Qué tipo de cáncer de esófago tengo?
- ¿Dónde está localizado el cáncer?
- ¿Se ha propagado el cáncer desde el lugar donde se originó?
- ¿En qué etapa (estadio o extensión) se encuentra el cáncer y qué significa esto?
- ¿Necesitaré otras pruebas antes de poder decidir el tratamiento?
- ¿Se deben realizar pruebas al cáncer para determinar la presencia de cambios genéticos que podrían ayudarme a seleccionar mis opciones de tratamiento?
- ¿Tengo que consultar con otros médicos o profesionales de la salud?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Qué recomienda y por qué?
- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Debería buscar una segunda opinión? ¿Cómo gestiono esto? ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Cuál es el objetivo de este tratamiento?
- ¿Con qué prontitud tengo que decidir el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se realizará mi tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o efectos secundarios de los tratamientos que sugiere? ¿Qué puedo hacer para reducir los efectos secundarios del tratamiento?
- ¿Necesitaré una sonda de alimentación durante el tratamiento para ayudar con la nutrición?
- ¿Cómo afectaría el tratamiento mis actividades diarias? ¿Puedo continuar con mi trabajo a tiempo completo?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que el cáncer recurra (regrese) con estos planes de tratamiento?
- ¿Qué se hará si el tratamiento no surte efecto o si el cáncer regresa?
- ¿Qué puedo hacer si tengo problemas para acudir y regresar de mis citas para los tratamientos debido a problemas de transporte?

Durante el tratamiento

Una vez que se inicie el tratamiento, usted necesitará saber qué esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes para usted. No obstante, puede ser útil hacer las preguntas que sí son relevantes para usted.

- ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que pueda hacer para ayudar a manejar los efectos secundarios?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted durante las noches, días festivos o fines de semana?
- ¿Necesito cambiar mi alimentación durante el tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿Puedo hacer ejercicio durante el tratamiento? De ser así, ¿qué tipo de ejercicio debo hacer y con qué frecuencia?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental que pueda consultar si empiezo a sentirme abrumado, deprimido o afligido?
- ¿Qué puedo hacer si necesito apoyo social durante el tratamiento porque mi familia vive muy lejos?

Después del tratamiento

- ¿Necesito una dieta especial después del tratamiento? ¿Debo comer comidas más pequeñas y frecuentes a partir de ahora?
- ¿Necesito tomar ciertas vitaminas después del tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿A cuáles síntomas debo prestar atención?
- ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer ahora?
- ¿Qué tipo de atención médica de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia necesitaré endoscopias de seguimiento y estudios por imágenes?
- ¿Necesitaré hacerme algún análisis de sangre?
- ¿Cómo podemos saber si el cáncer ha regresado? ¿A qué debo prestar atención?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, es posible que usted quiera más información acerca de los períodos de recuperación, de manera que pueda preparar su plan de trabajo o de actividades. Tal vez también desee preguntar si reúne los requisitos para participar en un estudio clínico.

Los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de la atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, pueden también responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de atención médica en [La relación entre el médico y el paciente](#)¹.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html

Actualización más reciente: marzo 20, 2020

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html>)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido (www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html) (información disponible en inglés).

cancer.org | 1.800.227.2345