

87

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CÂNCER DO ESÔFAGO
ANÁLISE DE 52 CASOS

Florianópolis
Junho de 1989

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CÂNCER DO ESÔFAGO
ANÁLISE DE 52 CASOS

AMANTINO CAMILO MACHADO FILHO*
EDSON ROGÉRIO FEDRIZZI*

ORIENTADOR:
Dr. CARLOS ALBERTO JUSTO DA SILVA**

*Alunos da 12ª fase do
Curso de Graduação em Medicina

**Professor do Departamento
de Clínica Cirúrgica da
Universidade Federal de
Santa Catarina

Florianópolis
Junho de 1989

"... O mestre que caminha à sombra do templo rodeado de discípulos não dá de sua sabedoria, mas sim de sua fé e de sua ternura.

Se ele for verdadeiramente sábio não nos convidará a entrar na mansão do seu saber, mas antes nos conduzirá no limiar de vossa própria mente".

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Carlos Alberto Justo, da Silva pelas importantes orientações que possibilitaram a realização deste trabalho.

"Dizer, hoje, que alguém "morreu de câncer"
é dizer, como se fazia em uma época cem anos
atrás, que alguém "morreu de febre".

Ritchie - Ch.

Í N D I C E

		Página
I	RESUMO	1
II	INTRODUÇÃO	2
III	CASUÍSTICA E MÉTODO	5
IV	RESULTADOS	6
V	DISCUSSÃO	23
VI	CONCLUSÃO	32
VII	ABSTRACT	33
VIII	BIBLIOGRAFIA	34
IX	ANEXOS	38

I - R E S U M O

Visando estabelecer os principais parâmetros epidemiológicos e de apresentação clínica do câncer do esôfago em nosso meio, bem como evidenciar o estágio em que a doença é diagnosticada e a conduta terapêutica adotada nesses pacientes, os autores apresentam um estudo retrospectivo de 52 casos de neoplasia maligna do esôfago em pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período compreendido entre janeiro de 1981 a maio de 1989.

A maioria dos portadores dessa enfermidade eram do sexo masculino, numa relação de 4,2:1. A faixa etária de maior incidência foi entre os 50 e 70 anos.

Somente 11% dos pacientes procuraram o médico nos primeiros 2 meses após o início da sintomatologia. Os achados clínicos mais frequentes foram a perda de peso e a disfagia presentes em cerca de 90% dos casos. Sinais de desnutrição e anemia foram encontrados em metade dos pacientes, porém o exame físico era normal em 26% dos casos.

O diagnóstico pôde ser suspeitado com elevada positividade através do exame contrastado do esôfago, sendo confirmado pela biópsia endoscópica daquele órgão na totalidade dos casos em que esta foi realizada.

A localização mais frequente do tumor foi o terço médio e o tipo histológico mais comum o carcinoma de células escamosas (90%).

Mais da metade dos pacientes encontravam-se nos estágios III e IV da doença (TNM modificado), refletindo o grau avançado da neoplasia por ocasião do diagnóstico.

A cirurgia radical pôde ser realizada, teoricamente, em apenas 15% dos casos (8 pacientes), apresentando taxas de morbidade e mortalidade hospitalares superiores as encontradas em muitos países, porém similares as observadas em nosso meio.

II INTRODUÇÃO

As doenças neoplásicas malignas são a segunda causa mais comum de morte em muitos países, só perdendo para as doenças cardíacas. Sua frequência, variedade de manifestações clínicas e gravidade, foram e continuam sendo motivo de estudos por parte de cientistas e médicos de todo o mundo (33).

A neoplasia do esôfago constitui 1,5% de todos os tumores malignos do homem (37), ocupando a terceira colocação entre as doenças malignas do aparelho digestivo, vindo após o câncer do estômago e do intestino grosso, seguido pelo câncer do pâncreas (29).

O câncer do esôfago predomina no sexo masculino e parece incidir com maior frequência na raça negra. Nos Estados Unidos a incidência é de 4,1 e 1,2 por 100.000 habitantes por ano entre homens e mulheres brancos, respectivamente. Entre a população negra americana a incidência é de 15,6 e 3,6 por 100.000 habitantes por ano, nos sexos masculino e feminino, em ordem de citação (33,37). A incidência no Brasil, assinalada principalmente no estado de São Paulo, é de 9:100.000 habitantes por ano no homem e 1,7:100.000 habitantes na mulher (29).

A maioria dos pacientes portadores dessa enfermidade tem idade compreendida entre 50 e 70 anos (31).

As diferenças na distribuição geográfica dessa neoplasia são tão notáveis que se conclui que fatores ambientais devam ter algum significado na etiologia da doença. No norte da China calcula-se uma incidência de 139:100.000 habitantes, enquanto que em Transkei (África do Sul) as taxas perfazem 357:100.000 habitantes. Incidência muito elevada é vista no Cazaquistão (Ásia) atingindo a taxa de 547:100.000 habitantes por ano (33, 37).

No sul do Brasil, principalmente nas regiões de Uruguaiana e Alegrete, a incidência chega a 19:100.000 habitantes (29).

Embora os aspectos acima pareçam ser relevantes, a etiologia do câncer do esôfago ainda continua desconhecida. Entretanto, uma série de hábitos tem sido implicados e algumas doenças consideradas como condições predisponentes. O uso de tabaco e a ingestão excessiva de álcool são amplamente aceitos como fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer do esôfago (38), enquanto que fatores dietéticos como consumo de alimentos "ricos" em nitrosaminas são suspeitos em determinadas regiões do mundo, principalmente no norte da China (34). Aumento da incidência desse tumor tem sido visto em áreas do sul da América Latina e associado com o hábito da ingestão excessiva de mate e chimarrão, aquecidos ou não (26,28). Fatores genéticos e raciais tem sido estudados com resultados inconclusivos. Exceção deve ser feita a uma condição conhecida como tilose, determinada por gene autossômico dominante, que está associada com o desenvolvimento de neoplasia maligna do esôfago (28,31). Uma incidência particularmente elevada tem sido observada em pacientes com acalasia, esôfago de Barret, síndrome de Plummer-Vinson (Peterson-Kelly) e estenose cáustica do esôfago (31). Tem sido relatada, ainda, uma maior frequência de câncer do esôfago nos pacientes que desenvolveram neoplasia maligna de cabeça e pescoço, principalmente de boca e faringe (33).

O prognóstico dessa doença está na dependência de um diagnóstico precoce (37). Todavia, isso não é possível na maioria das vezes, o que contribui para que o câncer do esôfago tenha um dos piores prognósticos entre as neoplasias malignas do aparelho digestivo, sendo superado apenas pelo câncer do pâncreas (5). Um dos fatores determinantes para o diagnóstico tardio desse tumor é o elevado grau de elasticidade do esôfago, pois a disfagia (manifestação inicial em mais de 90% dos casos), só se manifesta quando a neoplasia atinge um grau avançado de desenvolvimento (32). Por outro lado, a idade avançada dos pacientes associada ao péssimo estado geral, caracterizado pela desnutrição, anemia e, algumas vezes desidratação, além da presença de metástases regionais ou à distância, inviabilizam, na maioria das vezes, uma proposta cirúrgica e/ou radioterápica com intuito curativo, restando aos pacientes apenas uma terapêutica paliativa (16, 31). Desse modo, observamos a importância do estabelecimento do perfil epidemiológico bem como do estágio em que a doença é diagnosticada, para que cada região possa melhor planejar as ações de saúde nessa área. A ausência destes dados em nosso meio, nos motivaram a analisar as principais características

epidemiológicas e conduta terapêutica nos pacientes portadores de câncer do esôfago, através de estudo retrospectivo de 52 paciente internados no Hospital Universitário com essa afecção. Os dados obtidos, ressalvadas as limitações da amostra, traduzem uma realidade local que é analisada e comparada com os achados da literatura.

III CASUÍSTICA E MÉTODO

Os autores analisaram, retrospectivamente, no serviço de arquivo médico do Hospital Universitário da Universidade Federa de Santa Catarina, os prontuários referentes as internações ocorridas por câncer de esôfago, no período de janeiro de 1981 a maio de 1989, tendo encontrado com comprovação histopatológica um total de 52 casos de neoplasia maligna daquele órgão.

Os dados referentes ao tratamento radioterápico foram levantados no serviço de radioterapia do Hospital de Caridade de Florianópolis.

Visando atender o objetivo de estabelecer os principais parâmetros epidemiológicos e de apresentação clínica em nosso meio, foi previamente elaborada ficha protocolar (em anexo) com o intuito de padronizar a coleta de dados. Deste modo, são estudados a procedência, profissão, incidência do câncer conforme sexo e cor, idade do paciente por ocasião do diagnóstico, quadro clínico, tempo compreendido entre o início dos sintomas e a procura de recurso médico, antecedentes morbidos pessoais e familiares, hábitos, exames complementares, tipo histológico e localização do tumor, estadiamento segundo a "American Joint Commission For End-Result Reporting" (em anexo), tratamento e complicações, mortalidade e sobrevida pós-operatória imediata, não fazendo parte do objetivo a análise da sobrevida tardia.

IV RESULTADOS

Os autores analisaram os dados referentes aos 52 casos de câncer de esôfago nos pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período compreendido entre janeiro de 1981 a maio de 1989, chegando aos resultados expostos a seguir:

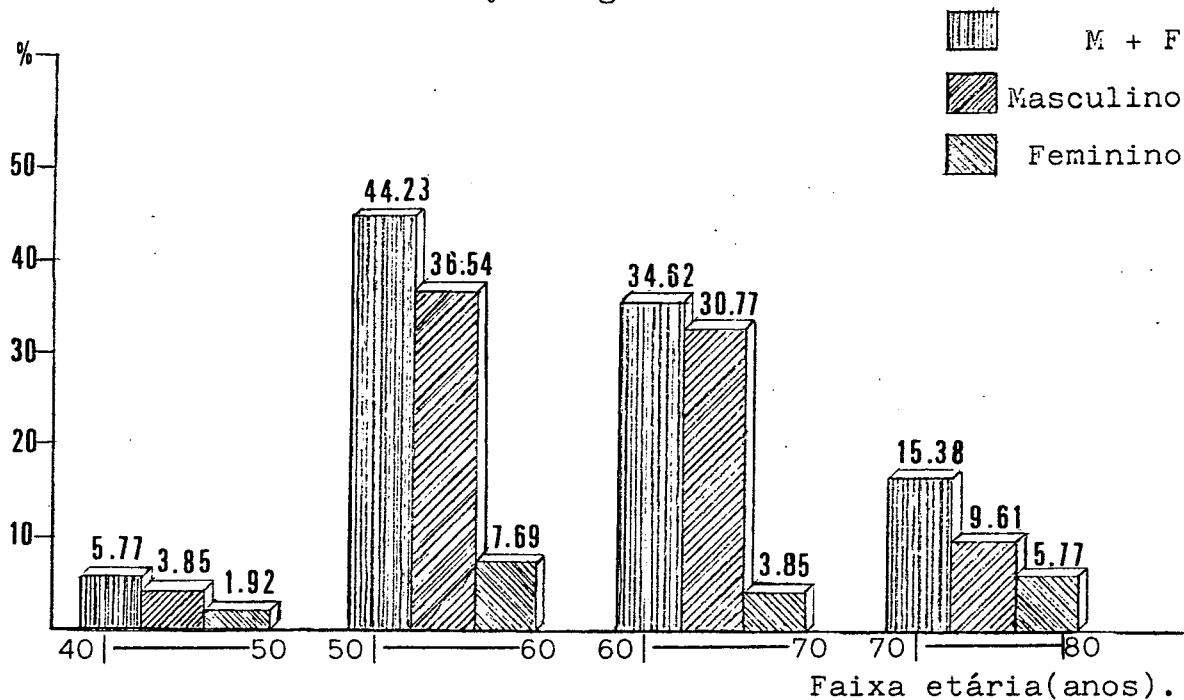
TABELA Nº 1 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Distribuição segundo faixa etária e sexo.

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	Nº DE CASOS	M F	% M F	% M + F
40 ——— 50	03	02 01	3,85 1,92	5,77
50 ——— 60	23	19 04	36,54 7,69	44,23
60 ——— 70	18	16 02	30,77 3,85	34,62
70 ——— 80	08	05 03	9,61 5,77	15,38
T O T A L	52	42 10	80,77 19,23	100,00

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

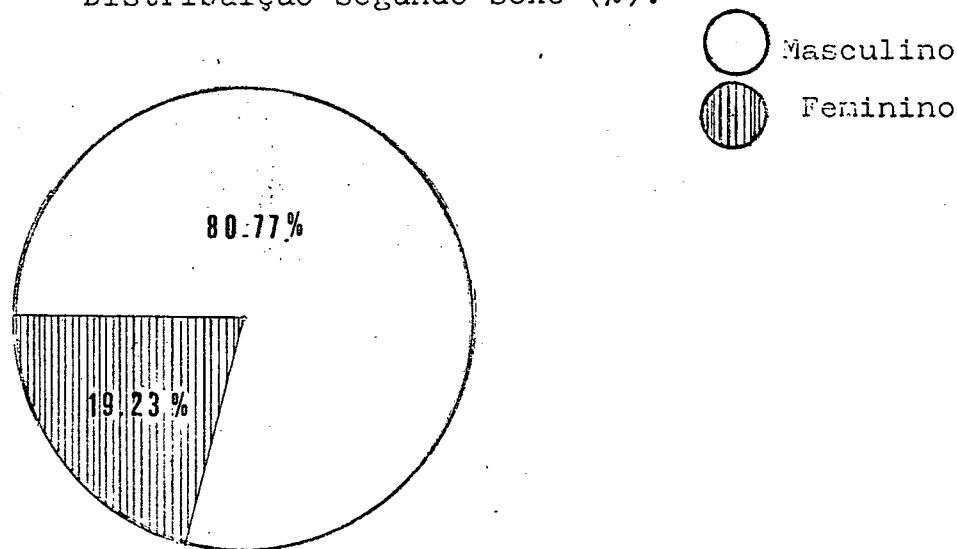
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

GRÁFICO Nº 1 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Distribuição segundo faixa etária e sexo.



FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89

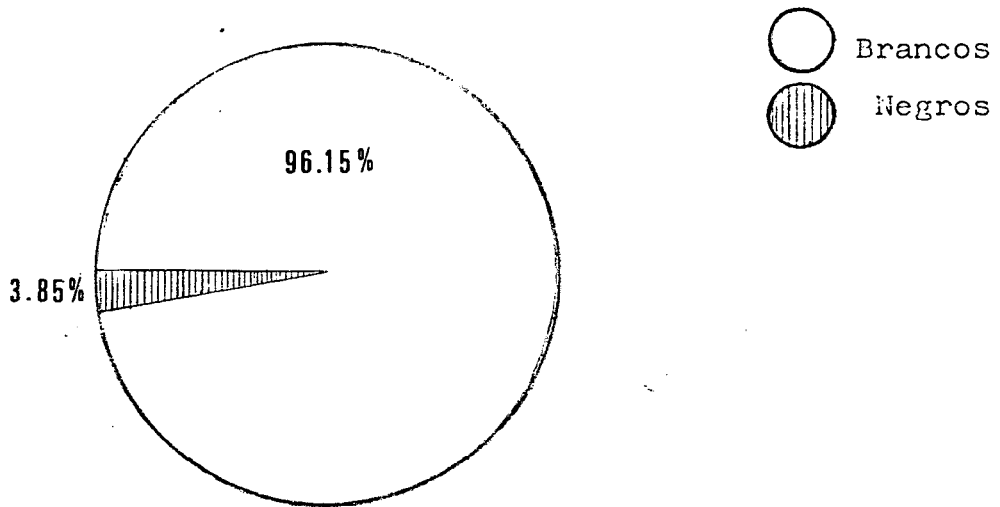
GRÁFICO Nº 2 Câncer de esôfago: análise de 52 casos.
Distribuição segundo sexo (%).[†]



FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

+IBGE. Censo de 1980. Santa Catarina. População geral.
Relação masculino/feminino aproximada de 1:1.

GRÁFICO Nº 3 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Distribuição segundo raça (%)*.



FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

*IBGE. Censo de 1980. Santa Catarina. População geral.
Branços = 91,44% e negros = 2,07%. Amarelos, pardos e sem
declaração de raça = 6,49%.

TABELA Nº 2 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Distribuição segundo procedência e profissão.

PROFISSÃO	PROCEDÊNCIA		CAPITAL		INTERIOR		CAPITAL+INTER.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agricultor	-	-	18	34,62	18	34,62		
Operário	01	1,92	11	21,15	12	23,08		
Pescador	02	3,85	01	1,92	03	5,77		
"Dona de casa"	02	3,85	05	9,61	07	13,46		
Outras	01	1,92	05	9,61	06	11,54		
Não relatado	03	5,77	03	5,77	06	11,54		
T O T A L	09	17,31	43	82,69	52	100,00		

FONTE : HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 3 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Relação de hábitos.

HÁBITO	Nº	%
Tabagismo	04	7,69
Tabagismo + alcoolismo	23	44,23
Tabagismo + chimarrão	04	7,69
Tabagismo + alcoolismo + chimarrão	07	13,46
Chimarrão	01	1,92
Nada digno de nota	07	13,46
Não relatado	06	11,54
T O T A L	52	100,00

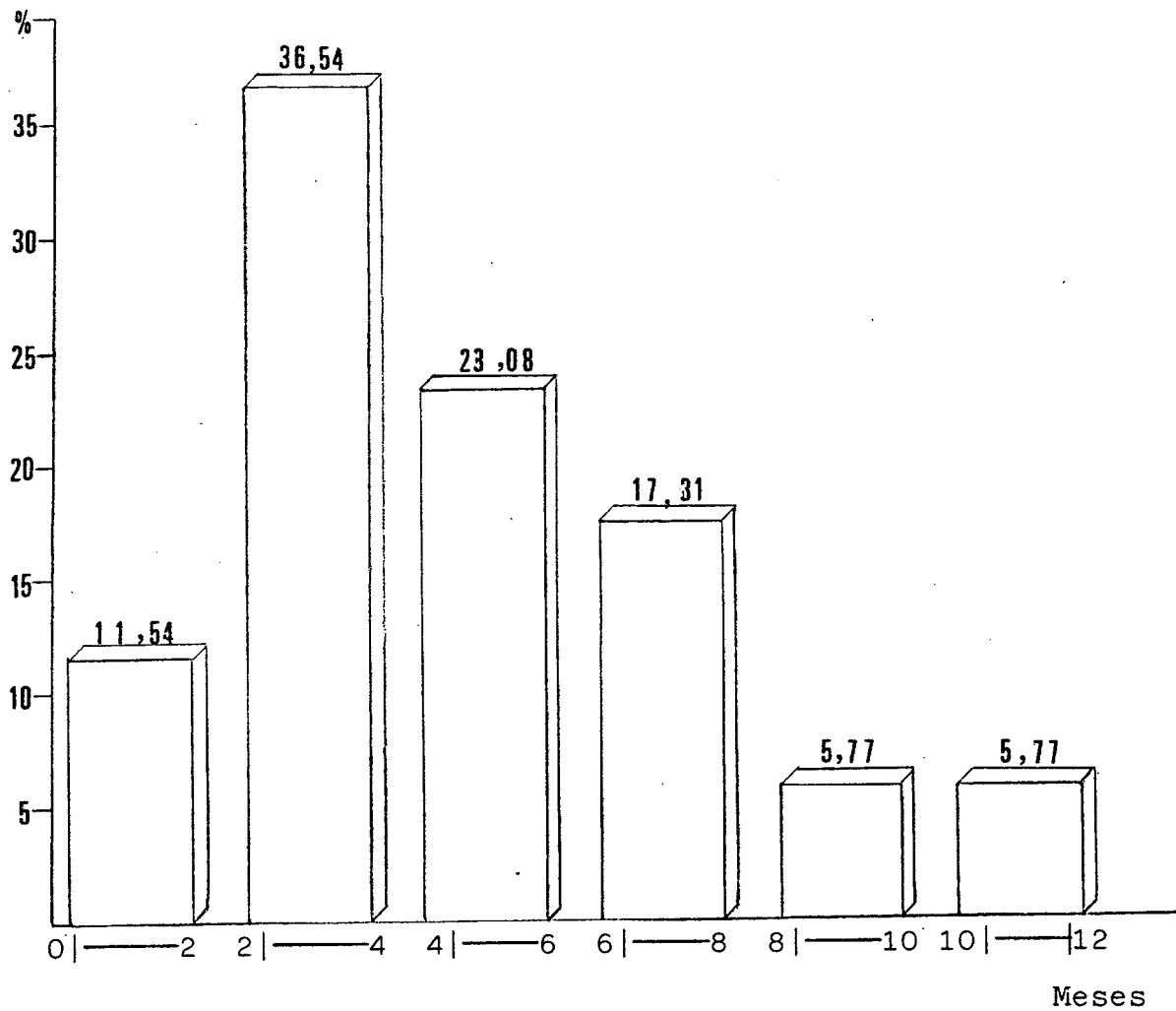
FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 4 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Antecedentes morbidos pessoais.

ANTECEDENTES PESSOAIS	Nº	%
Carcinoma basocelular	02	3,85
Carcinoma de faringe	01	1,92
Carcinoma de língua	01	1,92
Esôfago de Barret	01	1,92
Estenose cáustica do esôfago	01	1,92
Nada digno de nota	40	76,92
Não relatado	06	11,54
T O T A L	52	100,00

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

GRÁFICO Nº 4 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Tempo compreendido entre o início dos sintomas e a procura de recurso médico.



FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 5 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Frequência dos sintomas.

SINTOMAS	Nº (=52)	%
Emagrecimento	47	90,38
Disfagia	46	88,46
Odinofagia	19	36,54
Anorexia	16	30,77
Astenia	15	28,84
Dor epigástrica	15	28,84
Vômito pós alimentar	15	28,84
Dor retroesternal	12	23,08
Regurgitação	12	23,08
Dorsalgia	09	17,31
Desconforto retroesternal	08	15,38
Pirose	06	11,54
Sialorréia	06	11,54
Hematêmese	05	9,62
Halitose	04	7,69
Disfonia	03	5,77
Eructação	03	5,77
Melena	03	5,77
Plenitude pós-prandial	02	3,85
Hemoptise	01	1,92
Pneumonia de repetição	01	1,92
Tosse à deglutição	01	1,92

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio /89.

TABELA Nº 6 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Frequência dos achados do exame físico.

EXAME FÍSICO	Nº (=52)	%
Hipotrofia muscular	30	57,69
T.C.S.C. diminuído*	30	57,69
Palidez cutâneo-mucosa	25	48,08
Normal	14	26,92
Dor à palpação epigástrica	06	11,54
Adenomegalia cervical metastática	05	9,62
Desidratação	03	5,77
Hipocratismo digital	03	5,77
Adenomegalia supracl. metastática	02	3,85
Ascite neoplásica	02	3,85
Derrame pleural neoplásico	01	1,92
Hepatomegalia metastática	01	1,92
Hipertrofia de parótidas	01	1,92
Síndrome de compressão da V.C.S.**	01	1,92

* Tecido celular subcutâneo

** Veia cava superior

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 7 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Alterações do hemograma* e proteinograma**.

ALTERAÇÃO	Nº	%
Anemia	20	38,46
Hipoproteinemia	13	44,83

* Exame realizado em 52 pacientes.

** Exame realizado em 29 pacientes.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 8 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Métodos de auxílio diagnóstico.

EXAME/CIRURGIA	Nº	POSITIVIDADE	
		Nº	%
Seriografia	35	33	94,29
Endoscopia			
Macroscopia	51	50	98,04
Microscopia (biópsia)	51	51	100,00
Citologia exfoliativa	03	03	100,00
Laparotomia exploradora	01	01	100,00

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 9 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Interpretação "morfológica" do esofagograma e da esofagoscopia.

CARACTERÍSTICA	RADIOLÓGICA		ENDOSCÓPICA	
	Nº	%	Nº	%
Tumoração				
Ulcerada	01	2,86	02	3,92
Vegetante	03	8,57	14	27,45
Infiltrante	06	17,14	08	15,69
Séssil	01	2,86	01	1,96
Úlcero-vegetante	-	-	10	19,61
Úlcero-infiltrante	01	2,86	02	3,92
Estenosante	15	42,86	04	7,84
Infiltrato-vegetante	06	17,14	09	17,65
Divertículo de Zenker	01	2,86	-	-
Esofagite	-	-	01	1,96
Megaesôfago	01	2,86	-	-
T O T A L	35	100,00	51	100,00

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 10 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Lesões associadas observadas no esofagograma e na esofagoscopia.

LESÃO	RADIOLÓGICA		ENDOSCÓPICA	
	Nº (=35)	%	Nº (=51)	%
Fístula E-T-B*	02 /	5,71	02 /	3,92
Hérnia de hiato	01 /	2,86	01 /	1,96
Refluxo gastro-esofágico	-		02 /	3,92

* Fístula esôfago-traqueal ou esôfago-brônquica.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 11 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Comprometimento da circunferência esofágica observada à endoscopia.

COMPROMETIMENTO	Nº	%
Até 1/4	02	3,85
Até 1/2	07	13,46
Até 2/3	01	1,92
Até 3/4	03	5,77
Total	12	23,08
Não relatado	27	51,92
T O T A L	52	100,00

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 12 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Correlação entre localização e histopatologia

ESÔFAGO HISTOPATOLOGIA	SUPERIOR	MÉDIO	INFERIOR	J-E-G*	TOTAL
	Nº / %	Nº / %	Nº / %	Nº / %	Nº / %
Epidermóide	08/15,38	23/44,23	16/30,77	-	47/90,38
Adenocarcinoma	01/ 1,92	- -	- -	02/ 3,85	03/ 5,77
Adenoescamoso	- -	- -	- -	01/ 1,92	01/ 1,92
Leiomiossarcoma	- -	01/ 1,92	- -	- -	01/ 1,92
T O T A L	09/17,31	24/46,15	16/30,77	03/ 5,77	52/100,0

* Junção esôfago-gástrica.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

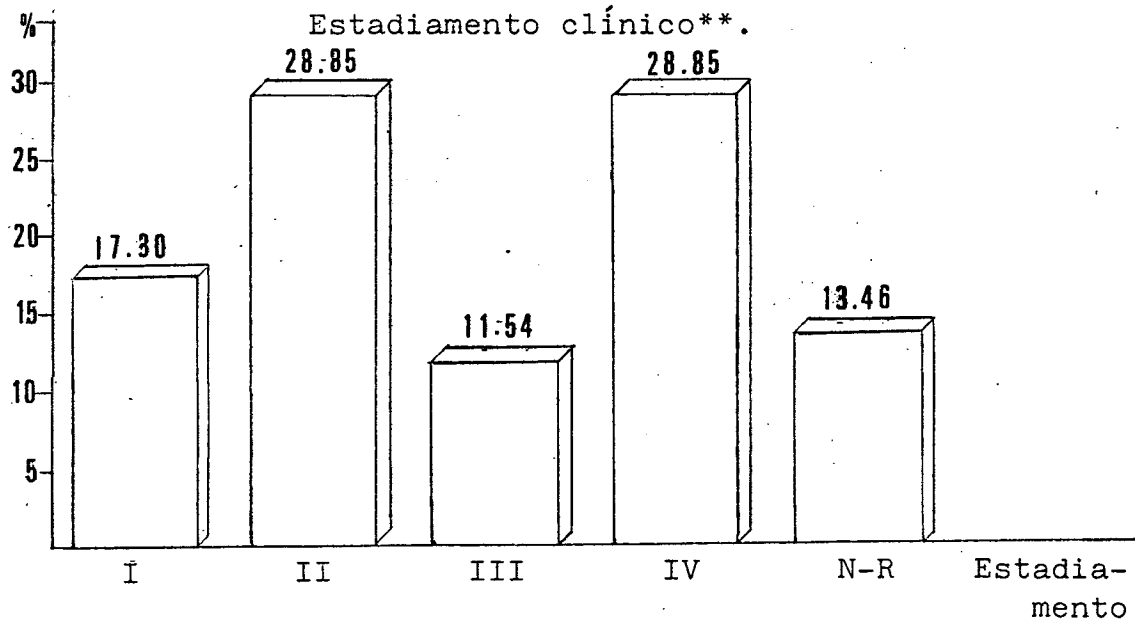
TABELA Nº 13 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Estadiamento clínico *.

ESTADIAMENTO	Nº	%
I	09	17,30
II	15	28,85
III	06	11,54
IV	15	28,85
Não relatado	07	13,46
T O T A L	52	100,00

* Segundo "American Joint Commission For Staging End - Result Reporting".

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89

GRÁFICO Nº 5 Câncer do esôfago: análise de 52 casos
Estadiamento clínico**.



**Segundo a "American Joint Commission For Staging End-Result Reporting".

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 14 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Tratamento proposto.

TRATAMENTO PROPOSTO	Nº	%
Radioterapia		
Curativa	05	9,62
Paliativa	03	5,77
Cirurgia		
Curativa	05	9,62
Paliativa	07	13,46
Radioterapia+cirurgia		
Curativa	14	26,92
Paliativa	07	13,46
Quimioterapia paliativa	01	1,92
Encaminhado à radioterapia*	06	11,54
Não relatado**	03	5,77
<hr/>		
T O T A L	52	100,00

* Os prontuários desses 6 pacientes não constavam nos arquivos do serviço de radioterapia do Hospital de Caridade de Florianópolis.

** Esses 3 pacientes foram encaminhados para tratamento em outro hospital, porém não é mencionado o hospital nem a proposta terapêutica.

FONTES: HOSPITAIS UNIVERSITÁRIO E CARIDADE
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 15 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
 Relação das cirurgias realizadas com proposta curativa (30,77% do total de casos).

CIRURGIA	Nº	%
Esofagectomia*	06	37,50
Esofagectomia + jejunostomia*	04	25,00
Esofagectomia + esofagostomia*+ + jejunostomia	01	6,25
Esofagogastrectomia parcial	02	12,50
Esofagectomia + jejunostomia	02	12,50
Esofagogastrectomia parcial + + jejunostomia	01	6,25
T O T A L	16	100,00

* Com radioterapia pré-operatória.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 16 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
 Reconstituição do trânsito digestivo nas ci
 rurgias com proposta curativa.

TIPO DE RECONSTITUIÇÃO	Nº	%
Esofagogastroplastia	13	81,25
Esofagocoloplastia	01	6,25
Esofagojejunoplastia	01	6,25
Não realizada	01	6,25
T O T A L	16	100,00

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 17 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Relação das complicações em pacientes submetidos as cirurgias com proposta curativa.

COMPLICAÇÃO *	Nº (=16)	%
Broncopneumonia	06	37,50
Fístula cervical	05	31,25
Hipovolemia	04	25,00
Estenose da anastomose esôfago-gástrica	03	18,75
Perfuração pleural	03	18,75
Derrame pleural	02	12,50
Abscesso de parede torácica	01	6,25
Empiema pleural	01	6,25
Fístula esôfago-pleural	01	6,25
Infecção da ferida cervical	01	6,25
Insuficiência renal aguda	01	6,25
Insuficiência respiratória aguda	01	6,25
Lesão da veia ázigos	01	6,25
Mediastinite	01	6,25
Obstrução pilórica	01	6,25
Obstrução do dreno torácico	01	6,25
Parada respiratória	01	6,25
Piopneumotórax	01	6,25
Refluxo gastro-cólico	01	6,25
Septicemia	01	6,25

* Um total de 37 complicações ocorreram em 12 pacientes ... (75,00%) dos 16 casos submetidos a cirurgia com proposta curativa.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 18 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.

Correlação entre os estadiamentos clínico e histopatológico nos pacientes operados com proposta curativa.

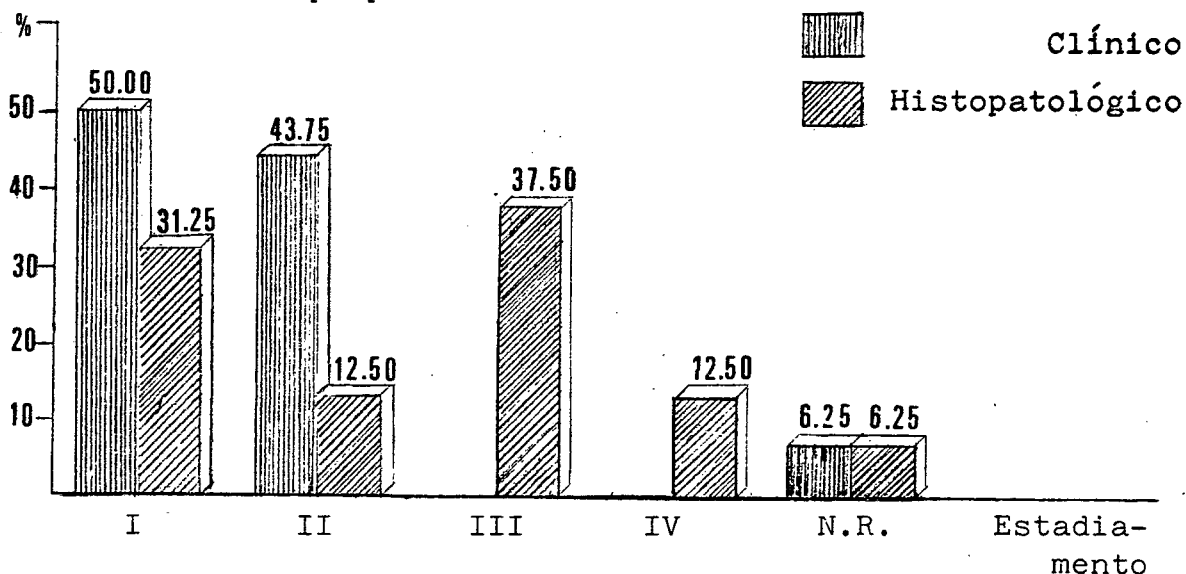
ESTADIAMENTO	CLÍNICO		HISTOPATOLÓGICO	
	Nº	%	Nº	%
I	8	50,00	5	31,25
II	7	43,75	2	12,50
III	-	-	6	37,50
IV	-	-	2	12,50
Não relatado	1	6,25	1	6,25
T O T A L	16	100,00	16	100,00

FORNTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89

GRÁFICO Nº 6 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.

Correlação entre os estadiamentos clínico e histopatológico nos pacientes operados com proposta curativa.



FORNTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 19 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Relação das cirurgias paliativas realizadas
(26,92% do total de casos).

CIRURGIA*	Nº	%
Gastrostomia	10	71,43
Esofagoplastia com prótese	03	21,43
Esofagostomia + gastrostomia	01	7,14
T O T A L	14	100,00

* Com radioterapia paliativa associada em 7 pacientes.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 20 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Relação das complicações em pacientes submetidos à cirurgia paliativa.

COMPLICAÇÃO**	Nº (=14)	%
Abscesso de parede abdominal	01	7,14
Broncopneumonia	01	7,14
Hipovolemia	01	7,14
Insuficiência resp. aguda	01	7,14
Obstrução da gastrostomia	01	7,14
Parada cardíaca	01	7,14
Piopneumotórax	01	7,14
Sangramento na gastrostomia	01	7,14

** Um total de 8 complicações ocorreram em 6 pacientes (... 42,86%) dos 14 casos submetidos a cirurgia paliativa.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

TABELA Nº 21 Câncer do esôfago: análise de 52 casos.
Mortalidade hospitalar*.

TIPO DE CIRURGIA	Nº	ÓBITO	
		Nº	%
Cirurgia curativa	16	05	31,25
Cirurgia paliativa	14	03	21,43
T O T A L	30	08	26,43**

* Não houve óbito no transoperatório.

** Mortalidade média.

FONTE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis - SC, Jan/81 - Maio/89.

V DISCUSSÃO

Os aspectos da epidemiologia do câncer vem contribuindo de forma inestimada para o progresso da oncologia, à medida que a frequência, a incidência, as variações segundo a faixa etária, a raça e a localização geográfica dos principais tumores malignos do homem são levados ao conhecimento de instituições oncológicas, cirurgiões e radioterapeutas.

Os progressos na área do diagnóstico do câncer tem permitido uma melhor sobrevida nesse grupo de doentes, pois é consenso que o prognóstico dessa doença está na dependência de um diagnóstico precoce (37). Estudos realizados no Japão verificaram que a sobrevida de pacientes com câncer do esôfago cuja invasão é limitada à submucosa e sem metástases ganglionares ("carcinoma precoce") é muito elevada, aproximadamente.. 70% (43). Infelizmente, em nosso meio, as possibilidades de diagnóstico da doença nessa fase são muito restritas. O fato mais comum é o paciente procurar o médico num estágio avançado de evolução do tumor, fator determinante para o mau prognóstico dessa neoplasia maligna (32).

Nos Estados Unidos da América do Norte os dados acerca da incidência do câncer são obtidos a partir de Pesquisas Nacionais de Câncer e no Programa de Vigilância Epidemiológica e Resultados Finais (SEER). No Brasil se dispõe do Registro Nacional de Tumores, Divisão Nacional de Doenças Crônicas - Degenerativas, que recebe colaboração de laboratórios de anatomia patológica de todas as divisões regionais brasileiras. Apesar disso, a realidade nacional do câncer em geral ainda é pouco conhecida.

Para a análise dos dados epidemiológicos em relação à doença, faz-se necessário estabelecer o perfil da amostra em estudo, ou seja, a população do Estado de Santa Catarina. Segundo o Censo de 1980 (21), a população catarinense era de 3.628.292 habitantes, dos quais 50,46% eram do sexo masculino e 49,54% do sexo feminino.

A literatura (36) relata uma maior incidência do câncer do esôfago no sexo masculino, numa relação aproximada de 4:1. Em nosso estudo, obtivemos resultados semelhantes com uma predominância significativa em homens, numa proporção de 4,2:1 (Tabela Nº 1 e Gráfico Nº 2).

Segundo PAYNE & ELLIS (31), a maioria dos pacientes portadores dessa enfermidade tem idade compreendida entre 50 e 70 anos. Nossa casuística mostra dados similares, com um pico de incidência de 44,23% situado entre os 50 e 60 anos (Tabela N° 1 e Gráfico N° 1).

De uma maneira geral, o câncer do esôfago parece incidir com maior frequência na raça negra (37). O presente trabalho mostra uma predominância de 96,15% na raça branca, tendo apenas 3,85% dos casos ocorrido em melanodérmicos (Gráfico N°3). Devemos lembrar, entretanto, que a população catarinense é constituída principalmente por imigrantes europeus e seus descendentes, sendo a raça negra representada por apenas ... 2,07% do total (21). Esses dados mostram que proporcionalmente, ressalvado o pequeno número de casos da amostragem, o câncer do esôfago incidiu com ligeira predominância na raça negra.

Em relação à procedência, a maioria dos pacientes eram oriundos do interior do estado, enquanto apenas 17,31% procediam da capital. Quanto à profissão 36,62% eram pequenos agricultores, 23,08% operários e 5,77% pescadores. Esses dados não nos permitem correlacioná-los com possíveis fatores etiológicos em nosso meio, mas apenas refletem, de uma maneira geral, a população atendida no Hospital Universitário (Tabela N° 2).

Os hábitos do tabagismo e da ingestão excessiva de álcool são aceitos como fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer do esôfago (23, 37). SANFEY e colaboradores... (38) referem que 78% de seus pacientes admitiram ser tabagistas e usarem álcool regularmente. Outro fator relacionado com o carcinoma do esôfago é a ingestão excessiva de mate e chimarrão (26, 28, 42). Nosso estudo revelou que 73,08% dos pacientes eram tabagistas, 57,69% etilistas e 23,08% ingeriam chimarrão regularmente (Tabela N° 3).

A literatura menciona ainda, uma incidência particularmente elevada de câncer do esôfago em pacientes com estenose cáustica do esôfago (31) e esôfago de Barret (35). Também uma maior frequência tem sido relatada em pacientes que desenvolveram neoplasia maligna de cabeça e pescoço, principalmente, câncer da boca e faringe (33, 37). Em nosso estudo havia o relato de um caso de estenose cáustica do esôfago e um caso de esôfago de Barret. Antecedentes pregressos de câncer de cabeça e pescoço estavam presentes em quatro pacientes (Tabela N° 4).

Para RAlIA e PINNOTI (32), a maioria dos pacientes refere o início da sintomatologia entre um e seis meses, por ocasião do diagnóstico, o que denota a procura tardia de recursos médicos. Nossa casuística mostra resultados similares (Gráfico N° 4). Nota-se que apenas 11,54% dos pacientes procuraram o médico nos dois primeiros meses de sintomatologia. Esses dados podem refletir o baixo nível sócio-cultural de nossa população que contribui de maneira importante para o diagnóstico tardio e mau prognóstico dessa doença em nosso meio.

A literatura (17) salienta que as manifestações clínicas mais frequentes do carcinoma do esôfago são a disfagia progressiva e a perda de peso, presentes em mais de 90% dos pacientes. O presente estudo evidencia dados semelhantes, estando a disfagia e o emagrecimento presentes em 88,46% e ... 90,38% dos pacientes, respectivamente (Tabela N° 5). Segundo ROSEMBERG (37), a disfagia só se manifesta quando dois terços ou três quartas partes ou mais da circunferência do esôfago são invadidas pelo tumor, isto é, já numa fase avançada de desenvolvimento da neoplasia. Nossos achados mostram o comprometimento da hemi-circunferência esofágica em 13,46% e total em 23,08% (Tabela N° 11). Embora a extensão do tumor na luz do esôfago não tenha sido relatada em cerca de metade dos pacientes, pode-se inferir que a maioria apresentava-se no estágio avançado da doença, haja visto que a disfagia estava presente em 88% da casuística.

A odinofagia é vista em cerca de metade dos casos (37). Em nosso estudo, estava presente em 36,54% dos pacientes (Tabela N° 5).

A halitose pode estar presente em consequência da fermentação dos alimentos que permanecem estagnados acima da obstrução ou também pela necrose e infecção do tumor. A irritação constante da mucosa esofageana pelos alimentos aí estagnados pode determinar sialorréia, devido a exacerbação do reflexo esôfago-salivar de Roger. Regurgitação e vômitos devidos a obstrução esofageana podem ser sintomas adicionais (32). Nossos resultados mostram que a halitose ocorreu com uma frequência de 7,69%. A sialorréia estava presente em 11,54%, enquanto que regurgitação e vômitos pós-alimentares em 28,84% e 23,08%, respectivamente (Tabela N° 5).

Disfonia causada por envolvimento do nervo laringeo recorrente e síndrome de compressão da veia cava superior podem ocorrer em fases avançadas da doença, porém são incomuns (37). Nosso trabalho revelou disfonia em 3 pacientes (5,77%) e compressão da veia cava superior em apenas um caso (Tabelas 5 e

6, respectivamente).

Lesões avançadas também podem apresentar-se com hematemese, hemoptise ou melena. A exsanguinação é rara e ocorre quando a aorta é envolvida e uma comunicação é estabelecida entre o esôfago e aquele vaso (37). Em nosso material a hematemese fazia parte da sintomatologia em 9,62% dos casos, sendo a forma de apresentação clínica inicial do tumor em um paciente. A melena e a hemoptise ocorreram em 5,77% e 1,92% dos casos, em ordem de citação (Tabela Nº 5).

A aspiração pulmonar com desenvolvimento de pneumonia pode resultar da obstrução do esôfago com aspiração para as vias aéreas inferiores ou de fístula esôfago-brônquica (17, 18, 33). Nossos achados mostram que a fístula entre o esôfago e a via respiratória ocorreu em 4 pacientes e que a pneumonia de repetição em apenas um caso (Tabelas Nº 10 e 5, respectivamente).

O exame físico é pobre e os pacientes apresentam-se geralmente emagrecidos e desidratados. Observa-se palidez cutâneo-mucosa que traduz a anemia e, algumas vezes, pode-se palpar gânglios linfáticos das cadeias cervical e supraclavicular aumentados de volume em consequência de metástases (32). Em nossos resultados (Tabela Nº 6) podemos observar que a hipotrofia muscular e a diminuição difusa do tecido celular subcutâneo, manifestações de desnutrição, foram os achados mais frequentes com 57,69%, seguidos de palidez cutâneo-mucosa presente em 48,08% dos pacientes. A desidratação com manifestação laboratorial ocorreu em 5,77% dos casos e metástases para linfonodos da região cervical estavam presentes em 7 pacientes (13,47%). Cabe ressaltar, que o exame físico era normal em 14 pacientes (26,92%).

Segundo RAIA e PINOTTI (32), as alterações na série vermelha e nas proteínas séricas são vistas com frequência nos pacientes com câncer do esôfago. Nossos resultados mostram que o hemograma e o proteinograma encontravam-se alterados em ... 38,46 e 44,83%, representando, respectivamente, a anemia e a hipoproteinemia (Tabela Nº 7). Esses achados, entretanto, são encontrados em uma série de outras doenças, não existindo, até o momento, um marcador biológico específico para o câncer do esôfago.

Para PAYNE & ELLIS (31), o diagnóstico do carcinoma do esôfago pode ser feito com elevado grau de precisão através do exame radiológico contrastado desse órgão. A esofagoscopia

deve ser realizada em todas as circunstâncias de suspeita de câncer esofageano tanto para dirimir possíveis dúvidas do esofagograma e determinar o limite superior da lesão quanto para estabelecer um diagnóstico histopatológico (31, 33). A citologia exfoliativa tem-se mostrado também valiosa no diagnóstico do câncer do esôfago, sendo positiva em cerca de 90% dos casos (37). Em nosso estudo, a SEG D foi útil para evidenciar o tumor em 94,29% dos casos (Tabela Nº 8). Em dois pacientes (5,71%), entretanto, a imagem radiológica foi interpretada como compatível com megaesôfago num dos casos e como divertículo de Zenker no outro (Tabela Nº 9). Nossos achados mostram que o endoscopista diagnosticou lesão neoplásica em 98,04%, interpretando-a como esofagite em um paciente. (Tabelas Nº 8 e 9 respectivamente). Já os estudos de biópsia e a citologia exfoliativa evidenciaram malignidade em 100% dos casos (Tabela Nº 8), sendo esta última realizada inexplicadamente em apenas 3 pacientes, refletindo provavelmente a pouca aceitação desse método em nosso meio, apesar de seu elevado índice de positividade.

Macroscopicamente, o câncer do esôfago pode ser um tumor ulcerado, infiltrativo, polipóide, séssil, ou ainda uma associação dessas formas(28). Em nosso trabalho, a forma "macroscópica" mais comumente vista à endoscopia foi a úlcero-vegetante e à radiologia, a estenosante (Tabela Nº 9). Esses dados se devem, provavelmente, ao fato do endoscopista ter uma "visão direta" da lesão, enquanto que o radiologista visualiza a "imagem negativa" do tumor.

Segundo MORSON (28), a maioria das neoplasias malignas do esôfago surgem no seu terço médio, seguido dos terços inferior e superior, com frequências respectivas de 50, 30 e 20% dos casos (36). Os resultados por nós obtidos mostram que 46,15% ocorreram no esôfago médio e 30,77 e 17,31%, respectivamente, no esôfago inferior e superior. Os tumores da junção esôfago-gástrica representaram 5,77% da presente casuística (tabela Nº 12). Cabe ressaltar que o critério utilizado para considerar os tumores como originados dessa última localização, foi o mencionado no relatório do patologista, quando da descrição macroscópica da peça cirúrgica.

O tumor maligno epitelial mais comum do esôfago é o carcinoma de células escamosas que representa mais de 90% dos casos (37), enquanto que o adenocarcinoma é responsável por cerca de 6 a 10% (22, 28). O leiomiossarcoma é a neoplasia maligna não-epitelial mais frequentemente relatada, embora rara(11).

Nossos resultados revelaram-se semelhantes, com predominância do carcinoma epidermóide em 90,38%, seguido do adenocarcinoma com 5,77%. O leiomiossarcoma ocorreu em apenas um caso (Tabela N°12). Faz-se necessário evidenciar, ainda na referida tabela, a presença de um caso de adenocarcinoma de localização unusual, no terço superior do esôfago. A justificativa histopatológica para esse achado foi a presença de mucosa gástrica ectópica naquela topografia, como relatado na literatura (39).

Uma cautelosa caracterização da extensão do envolvimento do câncer do esôfago é necessário para organizar um plano terapêutico. A informação obtida por esta determinação é usada para estadiar o paciente que é classificado de acordo com a extensão de sua doença (37). Em nosso estudo, o estadiamento seguiu a orientação do "American Joint Commission For Staging End-Result Reporting". Podemos observar na tabela N° 13 e gráfico N° 5 esses resultados. Note-se que apenas 17,30 e 28,85% dos pacientes correspondiam aos estadiamentos I e II, respectivamente, enquanto que 11,54 e 28,85% aos estágios .. III e IV, em ordem de citação. Esses dados refletem bem o grau avançado da doença, na maioria dos casos, por ocasião do diagnóstico. Tentativas de modificar essa realidade em nosso meio, já conseguida em muitos países (7), "esbarram" em dois fatores importantes: (a) o baixo nível sócio-cultural de nossa população e (b) a ausência de adequado planejamento das ações de saúde e investimentos nessa área.

De acordo com o estadiamento, os pacientes podem ser separados em dois grupos: (a) os elegíveis para tratamento passível de radicalidade e (b) o grupo do tratamento paliativo. São incluídos no grupo radical os pacientes com tumor loco-regional sem envolvimento extra-esofageano e sem metástases à distância (5). Para estes casos existem apenas dois tratamentos comprovadamente benéficos: (a) radioterapia, (b) ressecção cirúrgica ou (c) ambas. Entretanto há controvérsias sobre o assunto e ainda não está definido a superioridade de nenhum desses métodos (18, 31). Segundo BEDENNE e colaboradores (1), as taxas de sobrevida dos pacientes que se submetem à radioterapia radical são significativamente menores que aquelas dos pacientes submetidos à esofagectomia, havendo ainda uma melhora da qualidade de vida neste último grupo. Já BLUETT e colaboradores (2), salientam que as taxas de sobrevida nos pacientes submetidos à cirurgia não são influenciadas por radioterapia adjuvante. PAYNE & ELLIS (31), referem que a radioterapia pré-operatória parece melhorar,

no máximo, a taxa de ressecabilidade do tumor, sem afetar a sobrevida. Entretanto, LIU e colaboradores (24), referem que no estadiamento III do câncer esofágico a radioterapia pré-operatória é uma medida efetiva tanto para melhorar a ressecabilidade quanto a sobrevida. Em nosso material, apenas 24 pacientes foram considerados para tratamento com proposta curativa. Em 5 casos optou-se por radioterapia radical, em 14 pacientes preferiu-se radioterapia associada à cirurgia e nos demais apenas cirurgia (Tabela Nº 14). Os pacientes submetidos à radioterapia radical receberam uma dose média de 6.300 Rads num intervalo de tempo médio de 45 dias. Em dois desses pacientes houve abandono da terapêutica: em um dos casos não havia referência do motivo; no outro, entretanto, foi devido ao desenvolvimento de hematêmese copiosa após a qual o paciente entrou em coma sendo levado para seu município de origem. Nos 14 casos em que a proposta terapêutica consistia em radioterapia pré-operatória, os pacientes receberam uma dose média de 4.000 Rads em aproximadamente 30 dias. Três desses pacientes se recusaram a esofagectomia após o término da radioterapia. O motivo foi a melhora acentuada da disfagia que os possibilitou a deglutição de alimentos sólidos, inclusive. Assim, dos 19 pacientes com proposta cirúrgica curativa, apenas 16 foram submetidos à operação, sendo 11 casos com radioterapia prévia (Tabela Nº 15). A esofagectomia foi realizada em 13 pacientes (81,25%) e a esofagectomia associada à gastrectomia proximal em 3 casos (18,75%): 1 com carcinoma epidermóide do terço inferior e 2 com adenocarcinoma da junção esôfago-gástrica (Tabela Nº 15). Em 8 pacientes, além do tempo cirúrgico principal, foram realizadas também 8 jejunostomias, com o objetivo de alimentação no pós-operatório e proteção da anastomose realizada para a reconstituição do trânsito digestivo (Tabela Nº 15).

Segundo ROSEMBERG e colaboradores (37), a esofagogastroplastia é o mais aceitável, efetivo e amplamente praticado método para a reconstituição do trânsito digestivo. Refluxo gastro-esofágico pode ocorrer e ser causa de desconforto para o paciente, além de possibilitar a aspiração para as vias aéreas inferiores. A interposição do cólon é reservada para os pacientes nos quais a doença ou uma cirurgia prévia torna o estômago inadequado para a substituição do esôfago. O refluxo gastro-cólico pode ser uma causa da morbidade nesses pacientes (32). A interposição de alça jejunal livre entre a faringe e o estômago é uma outra opção. Parece manter um mecanismo de deglutição mais fisiológico (10). Em nossa casuística, a reconstituição do trânsito mais utilizada foi a esofagogastroplastia, realizada em 13 casos (81,25%) e a

esofagocoloplastia foi a opção em 1 caso de adenocarcinoma do terço superior, embora o paciente não apresentasse cirurgia gástrica prévia. A esofagojejuno-plastia foi o método utilizado em um paciente submetido a esofagogastrectomia parcial por adenocarcinoma da junção esôfagogástrica. Em um caso em que a opção foi a reconstituição num segundo tempo, o restabelecimento do trânsito digestivo não foi realizado pois o paciente foi a óbito no pós-operatório.

Segundo GALANDIUK e colaboradores (12), uma ou mais complicações pós-operatórias ocorreram em 72,6% dos pacientes submetidos a cirurgia por câncer do esôfago. As complicações mais frequentes são as respiratórias, principalmente pneumonia e insuficiência respiratória aguda (9, 16). Outras complicações comuns são a fístula da anastomose esôfago-gástrica cervical e a perfuração pleural. A estenose da anastomose esôfago-gástrica é uma manifestação tardia (6). A laceração da traquéia, a lesão da veia ázigos e o quilotórax podem ocorrer, porém são menos frequentes (19). Em nosso trabalho, das 16 cirurgias realizadas com proposta curativa, um total de 37 complicações ocorreram em 12 pacientes (75%). As mais frequentes foram a broncopneumonia, a fístula cervical, a hipovolemia, a perfuração pleural e a estenose da anastomose esôfago-gástrica (Tabela Nº 17).

Para muitos autores (4, 14, 15, 25, 27, 30), a mortalidade operatória varia entre 6 e 14%. Segundo HENNESSY & O'CONNELL (20), a mortalidade pós-operatória chega a 22%. Em nosso meio, a experiência do Hospital de Oncologia do Rio de Janeiro mostra uma mortalidade operatória de 31% (5). Em nossa casuística, a mortalidade hospitalar em 16 pacientes submetidos a cirurgia com proposta curativa foi de 31,25%, representando 5 óbitos (Tabela Nº 21).

A correlação entre os estadiamentos clínico e histopatológico é de grande importância, pois nos permite avaliar com maior segurança a eficácia terapêutica do procedimento cirúrgico realizado (3). Em nosso estudo, esta correlação foi estabelecida nos pacientes operados com proposta curativa (Tabela Nº 18 e Gráfico Nº 6). Observe-se que 50 e 43,75% tinham estadiamento clínico I e II, respectivamente. No estadiamento realizado após a cirurgia, baseado na anatomia patológica, nota-se que 37,50 e 12,50 passaram para os estágios III e IV, em ordem de citação. Esse fato é de relevância pois evidencia o elevado índice de falha do estadiamento clínico e reforça a tese da dificuldade com que se depara o cirurgião, baseado em aspectos macroscópicos, em estabele-

cer durante o ato cirúrgico o valor curativo da cirurgia.

No grupo encaminhado para o tratamento paliativo a terapêutica visa apenas a conduta nas "complicações" que são basicamente a obstrução esofageana e a fístula transtumoral. As opções são a radioterapia, a cirurgia, a prótese endoesofageana, a dilatação do esôfago ou a associação dessas formas (5). Até pouco tempo atrás a gastrostomia era a única conduta paliativa para os tumores avançados do esôfago. Atualmente a palição com prótese endoluminal colocada por endoscopia ou gastrotomia tem obtido resultados satisfatórios na melhora da disfagia desses pacientes (8, 13, 41). A radioterapia paliativa tem sido usada nos tumores extensos com obstrução esofágica e sem fístula esôfago-brônquica numa dose média de 2 a 3 mil Rads (5). Já a dilatação esofágica com balão tem sido primariamente utilizada em estenoses nas quais técnicas convencionais não tiveram sucesso (40). No presente trabalho, a palição cirúrgica foi realizada em 14 pacientes, sendo associada a radioterapia em 7 oportunidades (Tabela Nº 19). A gastrostomia foi a opção em 11 doentes (... 78,57%), sendo combinada a esofagostomia em um dos casos, enquanto que a esofagoplastia com prótese endoluminal foi preferida em 3 pacientes (Tabela Nº 19). Dos 14 pacientes submetidos à cirurgia paliativa, 6 deles (42,86%) apresentaram complicações ao passo que a mortalidade hospitalar desse procedimento foi de 21,43% (Tabelas Nº 20 e 21, respectivamente). Esses elevados índices provavelmente se devem ao mau estado geral dos doentes e ao grau avançado da neoplasia por ocasião do diagnóstico. DIAS & ALBUQUERQUE (5), encontraram uma mortalidade hospitalar após cirurgias paliativas em 72% dos casos, em virtude de sua patologia básica.

A quimioterapia como forma de palição foi realizada em um paciente com leiomiossarcoma do esôfago médio, porém ele foi a óbito durante o tratamento (Tabela Nº 14).

Embora a "regra" no câncer do esôfago seja a cirurgia, esta apresenta-se ainda com resultados desfavoráveis, estando associada a elevadas morbidade e mortalidade, reflexo direto, provavelmente, do grau avançado da doença e da desnutrição importante de nossos pacientes por ocasião do diagnóstico. Por essa razão, acreditamos que o prognóstico dessa enfermidade pode ser melhorado se um "screening" esofágico for realizado na população exposta ao risco com o objetivo de diagnosticar o câncer num estágio precoce de desenvolvimento.

VI CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos neste estudo, chegamos as seguintes conclusões :

1. O câncer do esôfago ocorreu com maior frequência no se xo masculino numa relação de 4,2:1, havendo predomínio de incidência entre os 50 e 70 anos.
2. As manifestações clínicas mais frequentes foram a perda de peso (90,38%), a disfagia (88,46%), sinais d e desnutrição (57,69%) e a anemia (48,08%).
3. A endoscopia com biópsia revelou-se um procedimento de elevada eficácia na confirmação diagnóstica do tumor.
4. A localização predominante foi o terço médio (46,15%), e o tipo histológico mais comum o carcinoma epidermóide (90,38%).
5. Grande parte dos pacientes (55,77%) apresentavam-se em estágios avançados da neoplasia, fator que condiciona à doença um prognóstico sombrio.
6. A esofagectomia associada a radioterapia pré - operatória foi a modalidade terapêutica mais empregada nos pa cientes onde havia proposta curativa.
7. Metade dos pacientes (15% do total de casos) submetidos a cirurgia radical já se encontravam numa fase avança da da doença, como ficou evidenciado pelo estadiamento realizado no pós-operatório baseado na anatomia patoló gica.
8. As taxas de morbidade e mortalidade hospitalares nos pacientes operados com proposta radical foram superio res as encontradas por vários autores em diferentes países, porém similares as observadas em nosso meio.

VII A B S T R A C T

To determine the principal epidemiology parameters, clinical showing of the esophagus cancer in our environment, and to evidence the stage that the sickness is diagnosticed, and the therapeutical way of these patients, the whriters showed a retrospective study of 52 cases of malign neoplasy of esophagus in patients of University Hospital of Universidade Federal de Santa Catarina, between january/81 and may/89.

The most of patients who had this sickness were male (4,2:1). The edge more common was between from 50 untill 70 years old.

Only 11% of the patients looked for a doctor in the first two months after the beginning of the symptoms. The clinical evidences more common were lose of weight and disphagy in about 90% of the cases. Signs of malnutrition and anemia were found in a half of the patients, but the physical examination was normal in 26% of the cases.

The diagnostic can be supposed in high positivity with a contrasted test of the esophagus, it's being confirmed by the endoscopical biopsy of that organ in totality of the cases.

The place more common of the tumor in the esophagus was the medium third of it and the histological kind more common was the squamous cells carcinoma (90%).

More than a half of the patients were in III and IV stages of the sickness (changed TNM), that's reflecting the high level of the neoplasy in the diagnostic.

The radical surgery can be done, in theory, in only 15% of the cases (8 patients), it's having morbidity and mortality rates in the hospitals higher than other countries, but that's as similar as observed in our environment.

VIII BIBLIOGRAFIA

01. BEDENNE, L. et al. Cancer of the esophagus in the Department of Cote-Dor. Bull. Cancer, Paris, 73(5): 526-34, 1986.
02. BLUETT, M.K. et al. Esophageal carcinoma. Improved quality of surgery with resection. Am. Surgery, 53(3):126-32, march, 1987.
03. CHAN, K.W. et al. Carcinoma of the esophagus. An autopsy study of 231 cases. Pathology, 18(4):400-5 october, 1986.
04. DELACROIX, R. & NOWAK, C. Surgical risk in the treatment of esophageal cancer. Apropos of 100 consecutive cases. J.Chir., Paris, 122(6-7):387-90, june-july, 1985.
05. DIAS, J. de A. & ALBUQUERQUE, M.P. Tratamento dos tumores do esôfago. Rev. Bras. de Cancerologia, 30(2):34-42, janeiro, 1984.
06. DOMINGUEZ, A.B. et al. Esofagectomia sem toracotomia. AC Gastro, ___:9-14, março-abril, 1982.
07. ENDO, M. et al. Minute lesions of esophageal cancer. Semin. Surgery Oncology, 2(3):177-86, 1986.
08. ERICHSEN, H.G. et al. Palliative intubation in malignant stricture of the oesophagus and cardia. Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surgery, 20(3):237-40, 1986.
09. FAN, S.T. et al. Prediction of postoperative pulmonary complications in oesophagogastric cancer surgery. Br. J. Surgery, 74(5):408-10, may, 1987.
10. FISHER, S.R. et al. Pharyngoesophageal reconstruction using free jejunal interposition grafts. Arch. Otolaryngology, 111(11):747-52, november, 1985.
11. FONSECA, D.N. et al. Leiomiossarcoma do esôfago. AC Gastro, ___:33-7, setembro-outubro, 1982.

12. GALANDIUK, S. et al. Cancer of the esophagus. The Cleveland Clinic experience. Ann. Surgery, 203(1): 101-8, january, 1986.
13. GASPARRI, G. et al. Endoscopic insertion of 248 prosthesis in inoperable carcinoma of the esophagus and cardia. Gastrointestinal Endoscopy, 33(5):354-6, october, 1987.
14. GATTONI, F. et al. Esophagogastroplasty and its radiological approach. Diagn. Imag. Clin. Med., 54 (5):251-6, 1985.
15. GOLDFADEN, D. et al. Adenocarcinoma of the distal esophagus and gastric cardia. J. Thorac. Cardiovasc. Surgery, 91(2):242-7, february, 1986.
16. GONZALEZ, E.M. et al. Total esophagectomy by right anterior toracotomy and immediate esophageal reconstruction for carcinoma of the esophagus. Acta Chir. Scand., 146:19-23, 1980.
17. GOYAL, R.K. Disorders of the gastrointestinal system. Diseases of the alimentary tract. Diseases of the esophagus. In: HARRISON'S et al. Principles of internal medicine. New York, McGraw-Hill, 1987. Part seven, sec. 1, chap. 234, p. 1231-9.
18. GRAY, James E. Alimentary tract, liver, biliary tree and pancreas. Diseases of the esophagus. Neoplastic diseases. In: STEIN, Jay H. et al. Internal medicine, USA, Little Brown. Part one, chap. 16, p. 74-85.
19. HANKINS, J.R. et al. Transhiatal esophagectomy for carcinoma of the esophagus. Experience with 26 patients. Ann. Thorac. Surgery, 44(2):123-7, aug., 1987.
20. HENNESSY, T.P. & O'CONNELL, R. Carcinoma of the hypopharynx, esophagus and cardia. Surg. Gynecology and Obstetrics, 162(3):243-7, march, 1986.
21. IBGE. IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980. Dados gerais-migração-instrução-fecundidade. Santa Catarina. Brasil, IBGE, 1980. V.1, t.4, nº 21.

22. KIRK, R.M. & MCLAUGHLIN, J.E. Oesophagus. In: HADFIELD, G.J. et al. Pathology in surgical practice. London, Edward Arnold, 1985. Chap 4, p.48-64.
23. LA VECCHIA, C. et al. Tar yields of cigarettes and the risk of oesophageal cancer. Int. J. Cancer, 38 (3):381-5, september, 15, 1986.
24. LIU, G.S. et al. Measures for improving therapeutic results of esophageal carcinoma in stage III: pre-operative radiotherapy. J. Surgery Oncology, 32 (4):248-55, aug., 1986.
25. MAHONEY, J.L. & CONDON, R.E. Adenocarcinoma of the esophagus. Ann. Surgery, 205(5):557-62, may, 1987.
26. MONOZ, N. et al. Hot mate drinking and precancerous lesions of the oesophagus. An endoscopic survey in southern Braz. Int. J. Cancer, 39(6):708-9, june, 15 1987.
27. MORI, S. & NAKAYAMA, K. Esophageal carcinoma cases surviving for more than ten years in Japan. Semin. Surgery Oncology, 2(1):45-9, 1986.
28. MORSON, B.C. Alimentary system. The oesophagus. In: SYMMERS, W. St. C. Sistemic pathology. 2nd ed. London, Churchill Livingstone, 1988. V.3, chap. 14, p. 1005-8.
29. NASI, A. et al. Aparelho digestivo. Câncer do esôfago. In: PRADO, F.C. Atualização terapêutica. 14ª ed. São Paulo, Artes Médicas, 1988. Sec. 4, p.224-7.
30. ORRINGER, M.B. Transhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus. Ann. Surgery, 200(3):282-9, september, 1984.
31. PAYNE, Spencer W. & ELLIS Jr.F.H. Esôfago e hérnias diafragmáticas. In: Schwarts, S.I. Princípios de cirurgia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988. V.2, Cap.25, p. 1181-236.
32. PINOTTI, H.W. & RAIÁ, A.A. Tumores malignos do esôfago. In: ZERBINI, E.de J. & RAIÁ, A.A. Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Neto. 4ª ed. São Paulo, Sarvier, 1988. V.4, cap.24, p.196-208.

33. POPE II, Charles E. Gastrointestinal Diseases. Diseases of the esophagus. Esophageal tumors. In: WYNGAARDEN, J.B. & SMITH Jr., L.H. Cecil - Text book of medicine. 18th ed. Philadelphia, Saunders, 1988. P. 679-89.
34. PRESTON, M.S. N-Nitroso compounds as a cause of human cancer. IARC SCI. Publ., ____ (84):477-84, 1988.
35. REID, B.J. & WEINSTEIN, W.M. Barret's esophagus and adenocarcinoma. Annu. Rev. Med., 38:477-92, 1987.
36. ROBBINS, S.L. & COTRAN, R.S. Trato gastrointestinal. Esôfago. In: ____ . Patologia estrutural e funcional. 2ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983. Cap.20, p.759-67.
37. ROSEMBERG, J.C., SCHWADE, J.G. & VAITKEVICIUS, V.K. Practice of oncology. Cancer of the esophagus. In: DEVITA Jr., Vincent T. et al. Principles & practice of oncology. Philadelphia, Lippincott, 1982. Part two, chap.16, p.499-533.
38. SANFEY, H. et al. Carcinoma arising in Barret's esophagus. Surg. Gynecology and Obstetric, 161(6):570-4, dec., 1985.
39. SCHROEDER, W.W. et al. Ectopic gastric mucosa in the cervical esophagus. Laryngoscope, 97(2):131-5, february, 1987.
40. TAUB, S. et al. Balloon dilatation of esophageal strictures. Am. J. Gastroenterology, 81(1):14-8, january, 1986.
41. TOURE, C.T. et al. Treatment of cancer of the esophagus using an endoluminal prosthesis. Cancer Journal Surgery, 30(1):32-4, january, 1987.
42. VASSALO, A. et al. Esophageal cancer in Uruguay: a case-control study. JCNI, 75(6):1005-9, dec.;1985.
43. YAMADA, A & KOBAYASHI, S. Diagnosis and treatment of early esophageal carcinoma. Zentralbl Chir., 110 (22):1399-413, 1985.

IX A N E X O S

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
ENSAIO PARA O PROTOCOLO CÂNCER DO ESÔFAGO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Reg. _____ Hosp. _____
Sexo _____ Raça _____ Idade _____ Profissão _____
Endereço: _____
Data nasc. ___/___/___ Data int. ___/___/___ Data alta ___/___/___
Diagnóstico(s): _____

SINTOMAS

Emagrecimento	()	Disfonia	()
Disfagia	()	Sialorréia	()
Odinofagia	()	Halitose	()
Dorsalgia	()	Astenia	()
Regurgitação	()	Anorexia	()
Vômitos	()	Dor óssea	()
Hemoptise	()	Hematúria	()
Hematêmese	()	Pneumonia de repet.	()
Melena	()	Desconforto epigástri co ou retroesternal	()
Tosse à deglutição	()		

Outros: _____

EXAME FÍSICO

Diminuição do TCSC	()	Adenomegalia cervical	
Hipotrofia muscular	()	metastática	()
Palidez cutâneo-mucosa	()	Adenomegalia suplac.	
Desidratação	()	metastática	()
Paralisia de corda vocal	()	Derrame pleural neop.	()
Síndrome da veia cava sup.	()	Ascite neoplásica	()
Síndrome de C-B-Horner	()	Hepatomegalia metast.	()

Outros: _____

Início da sintomatologia _____ (meses) _____ (anos).

ANTECEDENTES PREGRESSOS PESSOAIS E FAMILIARES

Papiloma do esôfago () Estenose cáustica do esôfago()
Acalasia () Divertículo do esôfago ()
Esôfago de Barret () Outros Ca's ()
Síndrome de P-Vinson () _____

HÀBITOS

Tabagismo () Chimarrão () Outros ()
Alcool () Defumados () _____

EXAMES COMPLEMENTARES

BIOQUÍMICA

Hemograma: Ht____ Hb____ Plaquetas____
Leucócitos _____
Glicemia ____mg% Uréia____mg% Cret.____mg% Fosf.alc.____
Bilirrubina __mg% D. __mg% I. __mg% TGO __UI TGP ____UI C.E.A.____
Alfafetop.____ Outros: _____

ESTUDO IMAGENOLÓGICO E ENDOSCÓPICO

Rx de tórax _____
SEGD _____
Endoscopia _____
Broncoscopia _____
Cintilografia _____
USG _____
Tomografia _____
Angiografia _____
Outros _____

ESTADIAMENTO :

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR

Esôfago superior () Esôfago inferior ()
Esôfago médio () Transição esôfago-gástrica ()

ASPECTO MACROSCÓPICO DO TUMOR

Infiltrante () Ulcerado () Sésil ()
Vegetante () Polipóide () _____

COMPROMETIMENTO DA CIRCUNFERÊNCIA DA LUZ ESOFAGEANA

Até 1/4 () Até 1/2 () Até 2/3 () Até 3/4 ()
Total ()

TIPO HISTOLÓGICO

CA Epidermóide () Leiomiossarcoma () CA Adenoescamoso ()
Adenocarcinoma () Rbdomiossarcoma () CA "in situ" ()
CA Indiferenciado () Carcinóide () Outro _____

TRATAMENTO

Radical	Paliativo
RTX isolada curativa ()	RTX paliativa ()
RTX + cirurgia ()	Prótese endoesofageana ()
_____	Gastrostomia ()
Cirurgia isolada ()	Esofagostomia + gastrostomia ()
_____	Dilatação esofágica ()

COMPLICAÇÕES TRANS E PÓS-OPERATÓRIAS

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

RECONSTITUIÇÃO DO TRÂNSITO DIGESTIVO PÓS-ESOFAGECTOMIA

Esofagogastroplastia () Faringogastroplastia ()
Esofagocologastroplastia () Outro _____
Esofagojejunoastroplastia () _____

Data da cirurgia ___/___/___

Data do óbito ___/___/___

ESTADIAMENTO EM GRUPOS

ESTÁDIO I – CERVICAL E INTRATORÁCICO:		T1	NO	MO
ESTÁDIO II	CERVICAL	— T1 — T2	N1, N2	MO
			NO, N1, N2	MO
	INTRATORÁCICO:	T2	NO	MO
ESTÁDIO III	CERVICAL	— T3	Qualquer N	MO
			Qualquer T N3	MO
	INTRATORÁCICO:		Qualquer T N1	MO
ESTÁDIO IV – CERVICAL E INTRATORÁCICO		Qualquer T	Qualquer N	M1

TNM – American Joint Commission For Staging and End-Result Reporting.

T₀ – Ausência de demonstração de tumor no esôfago

T_{xs} – Carcinoma in situ

T₁ – Tumor com até 5 cm de comprimento, sem produzir obstrução, sem comprometer toda a circunferência do órgão e não apresentando evidências de doença extra-esofageana

T₂ – Tumor com mais de 5 cm de comprimento, determinando obstrução, envolvendo toda a circunferência do órgão, sem apresentar evidências de doença extra-esofageana

T₃ – Qualquer tumor com evidências de doença extra-esofageana

TNM – American Joint Commission For Staging and End-Result Reporting.

Condição dos linfonodos para os tumores do esôfago cervical.

N₀ – Ausência de linfonodos clinicamente palpáveis

N₁ – Linfonodo palpável, móvel e unilateral

N₂ – Linfonodo palpável, móvel e bilateral

N₃ – Linfonodo palpável e fixo

Condição dos linfonodos para os tumores do esôfago torácico.

N⁻ – Ausência de linfonodos comprometidos nos achados anátomo-patológicos

N⁺ – Presença de linfonodos comprometidos nos achados anátomo-patológicos

TNM – American Joint Commission For Staging and End-Result Reporting.

M₀ – Sem evidência de metástases à distância

M₁ – Com evidência de metástases à distância para outros órgãos ou para linfonodos do abdome ou pescoço nos tumores do esôfago torácico

Estadiamento utilizado segundo o American Cancer Society.

**TCC
UFSC
CC
0087**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0087

Autor: Machado Filho, Ama

Título: Câncer do esôfago : análise de



972815790

Ac. 252921

Ex.1 UFSC BSCCSM