

C 110

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

CARCINOMA DE ESÔFAGO: ANÁLISE DE 35 CASOS INTERNADOS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE
1º DE JANEIRO DE 1983 A 31 DE DEZEMBRO DE 1989

Autores: Cesar Humberto Barbieri

Esmael Tarcílio Linhares

Florianópolis, junho/1990

Agradecemos ao Dr. Sidney Sandin e
Dr. Lúcio José Botelho, pelo apoio
a nós dispensado, sem o qual não
poderíamos realizar este trabalho.

CARCINOMA DE ESÔFAGO: ANÁLISE DE 35 CASOS INTERNADOS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE
19 DE JANEIRO DE 1983 A 31 DE DEZEMBRO DE 1989

UNITERMOS: ESÔFAGO . NEOPLASIA

KEY WORDS: ESOPHAGUS NEOPLASMS

RESUMO

Foi feito um estudo retrospectivo de 35 casos de tumores malignos de esôfago, no período de janeiro de 1983 a dezembro de 1989.

Observou-se a maior incidência nos indivíduos do sexo masculino, cor branca e pertencentes a sétima década de vida.

A disfagia progressiva e emagrecimento foram as principais queixas relatadas pelos pacientes.

Em 53,2% dos pacientes o fumo era tido como hábito.

Em 21 dos pacientes a localização do tumor foi em esôfago inferior, 9 no esôfago médio e 5 no inferior.

Em 6 dos pacientes, havia metástases evidentes durante o ato cirúrgico.

Em 31 dos pacientes, o tumor era do tipo espinocelular.

E OS OUTROS ?

Os pacientes submetidos à cirurgia, foram em número de 28, sendo que 21 destes submeteram-se a radioterapia.

Í N D I C E

I. RESUMO -----	v
II. INTRODUÇÃO -----	1
III. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA -----	3
IV. MATERIAL E MÉTODOS -----	5
V. RESULTADOS -----	11
VI. DISCUSSÃO -----	24
VII. CONCLUSÃO -----	31
VIII. SUMMARY -----	33
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	34

INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna de esôfago, é uma patologia, que se caracteriza por rápida consumpção e cujo diagnóstico implica em sobrevida curta e acompanhada de intenso sofrimento, estigmatizada pela disfagia, complicações pulmonares e invasão de estruturas circunvizinhas.

O tratamento cirúrgico, não chega a ser considerado curativo, nem mesmo quando são realizadas esofagectomias radicais. Por outro lado, o tratamento paliativo, única opção em grande parte dos casos, visa exclusivamente a melhora da disfagia, da desnutrição e das complicações pulmonares (11, 12, 14, 29, 31, 37, 46, 53).

Dada a importância da neoplasia esofágica, em nosso meio, tanto pela sua elevada incidência como pelo seu elevado índice de morbidade e mortalidade, o presente trabalho pretende estudar estatística e retrospectivamente, os casos de câncer maligno de esôfago diagnosticados no Hospital Universitário de Florianópolis, no período de 1º de janeiro de 1983 a 30 de dezembro de 1989.

Este levantamento estatístico, analisa a incidência da doença de acordo com sexo, cor, faixa etária, bem como a sintomatologia inicial dos pacientes, a sintomatologia geral, localização do tumor ao longo do esôfago, as afecções esofageanas associadas, hábitos do paciente.

Quanto ao diagnóstico, baseamos nosso estudo na Endoscopia com ou sem biópsia, associada ao esofagograma.

Conforme a pesquisa dos prontuários observamos a terapêutica empregada, da seguinte forma: tratamento radioterápico e modalidade; do tratamento cirúrgico, quando realizado, registramos o procedimento cirúrgico, achados, complicações trans e pós operatórias, quando presentes.

Finalmente, fizemos a avaliação do resultado anátomo-patológico da peça operatória, quando submetido a terapêutica cirúrgica.

Visto tratar-se de uma neoplasia, caberia também, discutirmos sobre a sobrevivência dos pacientes e compará-la de acordo com o tratamento efetuado; contudo devido a dificuldade de informações nos prontuários sobre o encaminhamento do paciente, bem como o não acompanhamento ambulatorial dos pacientes após a alta hospitalar, foi-nos impossível o registro deste dado importante.

Acreditamos todavia, que o estudo por nós realizado, embora não seja tão profundo, dará uma visão satisfatória da realidade do manuseio desta neoplasia, no nosso serviço, até a presente data.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A neoplasia maligna do esôfago é relativamente incomum, representando 3% das mortes por Câncer (17, 20, 27, 28). Todavia, houve uma elevação significativa do aparecimento de novos casos de neoplasia maligna de esôfago, que na maioria das vezes, quando diagnosticados, já têm doença metástática ou localmente avançada, o que torna o prognóstico pobre, com sobrevida menor do que 5% em 5 anos (37, 40, 41).

A grande maioria das neoplasias de esôfago é representada pelo Carcinoma Espinocelular. Os tumores malignos de esôfago são mais frequentes no sexo masculino (90%), atingindo principalmente a faixa etária de 6a. e 7a. décadas (17, 18, 23, 24, 47).

Além do Carcinoma Epidermóide existe o Adenocarcinoma Primário, originário de ilhotas, de mucosa gástrica ectópica no esôfago inferior, ou o secundário, localizado na transição esofagogástrica (33, 34, 35).

A localização desses tumores ao longo do esôfago se faz da seguinte forma: 20% no esôfago cervical, 40% no esôfago médio e 40% localizam-se no esôfago inferior e na junção esofagogástrica.

Considera-se fatores implicados na gênese dessa neoplasia: o álcool, o fumo, a esofagite de refluxo, o uso de bebidas extremamente quentes e a má higiene oral (33, 34, 35).

As variedades da neoplasia esofageana são cinco: infil

trante, vegetante, ulcerado, polipóide e sêssil. A variedade mais freqüente é o infiltrante (1, 6, 7, 10, 15, 16, 18, 23, 24).

O quadro clínico geralmente inicia por disfagia em 90% dos casos. Outros sintomas referidos são: a regurgitação, dor na região retroesternal devido a ulceração do tumor em 10% dos casos. A perda de peso está presente em 40% dos casos (14, 15, 16, 18, 23, 24).

Em 41% dos pacientes, esses sintomas aparecem com duração de menos de 2 meses, em 54% dos pacientes é igual ou superior a 4 meses (56).

Os sintomas como tosse, rouquidão, hematêmese, podem ocorrer, contudo são menos freqüentes, a tosse produtiva e purulenta pode estar relacionada com uma fístula esôfago-brônquica (56).

Quanto ao diagnóstico da patologia, emprega-se o quadro clínico, exames radiológicos, endoscópicos e anátomo-patológicos (1, 6, 7, 10, 33).

A radiografia contrastada do esôfago, revela em geral parada da solução de contraste caracterizada por diminuição da luz total, ou parcial de características abruptas e irregulares, indicando também o nível da obstrução ao longo do esôfago (1, 6, 7, 10, 33, 47).

Após a seriografia, segue-se a endoscopia que visa definir com precisão o aspecto da lesão e para colher através de biópsias e/ou citologia, material para diagnóstico anátomo-patológico e realizar o diagnóstico diferencial com outras afecções associadas como: esofagite de refluxo estenosante, estenose caus

tica e megaesôfago (1, 6, 7, 10, 33, 39).

A ultrassonografia, auxilia na detecção de metástases linfáticas e/ou hematogênicas, principalmente a nível abdominal.

A conduta terapêutica, depende do estágio do tumor (1, 6, 7, 10, 33). Nas fases iniciais, pode-se tentar a terapêutica definitiva de ressecção, já nos mais avançados estágios da doença, deve-se tomar apenas medidas paliativas, ou às vezes, dependendo do caso, nenhuma medida (1, 6, 7, 10, 39).

Torna-se difícil comparar criticamente, o resultado de procedimentos muitas vezes tão diferentes, e, que em geral, são aplicados em circunstâncias também não comparáveis.

As alternativas terapêuticas, frente a um câncer de esôfago, são representadas pelas esofagectomias (curativas ou paliativas) pelas derivações do trânsito; através da interposição de outros segmentos do tubo digestivo, pelas derivações externas (ostomias), pelas próteses e pela radioterapia (1, 2, 3, 10, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38). A escolha da melhor forma de tratamento, é orientada e determinada por múltiplos fatores como sede e fase clínica da doença, natureza histológica, estado nutricional e risco clínico associado (30).

A radioterapia como forma única de tratamento, não tem conseguido estabelecer-se. Há, naturalmente, opiniões em contrário, apoiadas sobretudo, na menor agressividade do método, com índices certamente mais baixos de morbidade e mortalidade, associadas a índices de sobrevida, pelo menos semelhantes àqueles oferecidos pelas cirurgias paliativas (27, 28, 34, 40, 41). Por outro lado, a radioterapia tem sido associada à cirurgia, tanto no pré como no pós operatório (29, 30, 51).

As gastrostomias foram e ainda são, os procedimentos mais frequentemente utilizados, em função do estado geral e do estadiamento, constatados na maioria dos doentes hospitalizados. Essa cirurgia não atua sobre a disfagia, destinando-se apenas a alimentação do doente, trazendo às vezes alguns inconvenientes (1, 6, 7, 10, 14, 15, 16).

Quanto a esofagostomia cervical, tem por objetivo o alívio da disfagia e diminuição das complicações pulmonares secundárias ao refluxo esofagotraqueal (1, 6, 10). Todavia, na maior parte dos casos, causa morbidade local, acrescentando intenso sofrimento ao paciente (16).

As próteses esofageanas são um método paliativo simples, que promovem alívio permanente da disfagia, permitindo a ingestão de dietas líquida e pastosa, proporcionando uma melhor qualidade de vida. É bom considerar em relação às próteses, o risco de perfuração do esôfago, seu deslocamento ascendente, a possibilidade de hemorragias e o mais comum, a obstrução (1, 6, 7, 10, 14, 15, 16, 18).

O tratamento cirúrgico do câncer de esôfago, sofreu uma transformação importante em sua realização técnica, com a introdução recente da cirurgia sem toracotomia, proposta por Turner em 1933. Com essa via de acesso, demonstra-se a exequibilidade da esofagectomia, ainda que enfrentando críticas, sobre o ponto de vista da radicalidade oncológica. Visa obter índices mais reduzidos de morbidade e mortalidade, pela não abertura da cavidade torácica. A ressecção pode ser executada por manobras do tipo manual junto ao esôfago (às cegas), ou de dissecação facilitada pela abertura ampla do trato esofageano. O esôfago é extirpado com ou sem inversão de suas paredes (32, 36, 37).

As esofagectomias nem sempre podem ser consideradas curativas, porque a extirpação do esôfago pode somente ser conseguida, às custas de dissecação que acaba por fraturar o tumor, disseminando células neoplásicas, simultaneamente ao que ocorre durante toracotomias, quando há fixação da neoplasia às estruturas contíguas; torna-se impossível a extirpação, ou dissecação em tecido sadio (5, 19, 22, 42, 43, 55, 57).

As derivações internas (bypass), não de ser encaradas como forma agressiva de tratamento paliativo, que se acompanham de taxas não desprezíveis de morbidade e mortalidade, pelas razões já referidas ao caracterizar os doentes, em quem tem sido realizadas e a própria magnitude desse procedimento (48, 49, 50, 54, 55, 57).

Justificam-se entretanto, porque destinam-se a uma ação direta sobre a disfagia, e sobre o refluxo esôfago traqueal. Assumem-se portanto suas taxas de complicações, e até de óbitos, como tantas vezes ocorre, em outras áreas da patologia, em troca de uma sobrevida, que se pretende um pouco melhor, embora nunca mais longa. O restabelecimento do trânsito é executado por via retroesternal, ou através de mediastino posterior, com o estômago ou cólon (4, 10, 21, 46, 53, 56). A conduta adotada, assume taxas não pequenas de morbidade e mortalidade operatórias, principalmente em doentes submetidos a derivações esofagogástricas ou esofagocólicas. Em troca, visa obter o alívio da disfagia e redução das complicações operatórias. Os resultados da literatura nesse sentido, são difíceis de analisar, em face da grande variedade de fatores a serem considerados; explicando, os índices de fístulas e complicações respiratórias e, principalmente os de mortalidade, tão discrepantes (4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18).

As complicações pleuropulmonares são referidas entre

13,3% e 67,0% dos casos, em sua maioria, representada por derrames pleurais (lesão intra-operatória), atelectasias e pneumonias (12, 25, 51). As fístulas cervicais oscilam entre 0% e 60,9% (3, 25, 26).

A literatura, relata taxas de mortalidade com valores que oscilam entre 0 e 41,5%. A mortalidade é nitidamente influenciada por fatores de risco, como idade, presença de fístulas com a árvore respiratória, comprometimento pulmonar, e aparecimento de complicações sépticas (25, 26, 29, 31, 37, 38, 44, 45, 53).

A cirurgia paliativa acaba por ser uma opção para cerca de 60% dos doentes, com mortalidade de 30 a 40%, para as derivações, e de 10 a 43% para as gastrotomias (19).

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente, os casos de tumores malignos de esôfago, internados no Hospital Universitário de Florianópolis, no período compreendido entre 1º de janeiro de 1983 a 30 de dezembro de 1989.

Nesse período analisou-se 35 casos, os quais foram estudados de acordo com a incidência em relação a idade, sexo, cor e faixa etária.

Como recursos diagnósticos, foram utilizadas: a clínica, a qual foram relacionados, os sintomas mais freqüentes relatados pelos pacientes, o tempo decorrido entre o aparecimento do sintoma inicial e a procura de tratamento médico, o sintoma inicial, a dieta atual aceitável, os hábitos do paciente.

O esofagograma, com o qual estudou-se a localização dos tumores nos diversos segmentos esofágicos.

A endoscopia digestiva alta também foi valorizada, pois através deste exame, analisou-se o aspecto do tumor, bem como, a presença de afecções esofageanas, associadas e o laudo histopatológico, obtido através das biópsias, realizadas pela endoscopia e pelo resultado do exame anátomo-patológico das peças retiradas cirurgicamente.

Também foi abordado no presente estudo, as várias modalidades terapêuticas utilizadas para as neoplasias malignas de esôfago, como radioterapia (classificada em três tipos: prévia, complementar, exclusiva), a cirurgia; na qual foram analisados

os procedimentos cirúrgicos realizados, acidentes transoperatórios, complicações pós-operatórias, óbito no pós-operatório com suas respectivas causas.

Finalmente, abordamos os achados cirúrgicos em relação as metástases, quando presentes.

RESULTADOS

TABELA I - SEXO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
MASCULINO	29	82,8
FEMININO	06	17,1
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA II - FAIXA ETÁRIA

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
40 - 49	01	2,8
50 - 59	11	31,4
60 - 69	16	45,7
70 - 79	05	14,2
80 anos ou mais	02	5,7
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA III - GRUPO ÉTNICO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
BRANCOS <i>BRANCOS</i>	32	91,4
PRETOS	03	8,5
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA IV - TEMPO DECORRIDO ENTRE O INÍCIO DOS SINTOMAS E A PROCURA DE TRATAMENTO MÉDICO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
0 a 2 meses	10	28,5
2 a 4 meses	11	30,8
4 a 6 meses	9	25,2
mais de 6 meses	5	14,2
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA V - SINTOMA INICIAL

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
DISFAGIA PARA SÓLIDOS	26	72,8
DOR EPIGÁSTRICA	02	5,7
DOR RETROESTERNAL	01	2,8
SOLUÇOS	01	2,8
VÔMITOS	02	5,7
ODINOFAGIA	01	2,8
HEMATÊMESE	02	5,7
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA VI - DIETA ATUAL ACEITÁVEL

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
SÓLIDOS	01	2,8
LIQUIDOS	12	33,6
PASTOSOS	15	42
DISFAGIA TOTAL	07	19,6
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA VII - SINAIS E SINTOMAS

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL*
DISFAGIA PROGRESSIVA	34	95,2
EMAGRECIMENTO	23	64,4
DOR RETROESTERNAL	06	16,8
DOR EPIGÁSTRICA	04	11,2
VÔMITOS	12	33,6
PIROSE	02	5,7
BRONCOPNEUMONIA	01	2,8
HEMATÊMESE	02	5,7
MELENA	01	2,8
HEPATOMEGALIA	01	2,8
ODINOFAGIA	05	14,2
TOSSE	03	8,4
SOLUÇOS	02	5,7
SIALORRÉIA	02	5,7
DISFÔNIA	01	2,8
ANOREXIA	01	2,8

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

* Percentual calculado sobre o total de 35 pacientes

TABELA VIII - HÁBITOS

	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL*
FUMO	19	53,2
ETILISMO	11	30,8
CHIMARRÃO	05	14,2

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

*Percentual calculado sobre o total de 35 pacientes

TABELA IX - AFECÇÕES ESOFAGEANAS ASSOCIADAS

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
ESOFAGITE DE REFLUXO	02	5,7
HERNIA HIATAL	02	5,7
SEM AFECÇÕES ASSOCIADAS	31	86,8
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA X - LOCALIZAÇÃO DA LESÃO, ANALISADA ATRAVÉS DE ESOFAGOGRAMA

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
SUPERIOR	05	14,2
MÉDIO	09	25,2
INFERIOR	21	58,8
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

Handwritten signature and date:
21/05/2005
M. B. ...

TABELA XI - ASPECTO DO TUMOR, VISUALIZADO ATRAVÉS DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL*
VEGETANTE	18	50,4
INFILTRANTE	17	47,6
ULCERADO	12	33,6

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

*Percentual calculado sobre o total de 35 pacientes

TABELA XII - HISTOPATOLOGIA

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
ESPINOCELULAR	31	86,8
ADENOCARCINOMA	04	11,2
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA XIII - CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALIGNOS SEGUNDO O GRAU DE DIFERENCIAÇÃO DA NEOPLASIA

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
CARCINOMA ESPINOCELULAR BEM DIFERENCIADO	10	28
CARCINOMA ESPINOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	11	30,8
CARCINOMA ESPINOCELULAR POUCO DIFERENCIADO	05	14,2
CARCINOMA ESPINOCELULAR SEM POSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DIFERENCIAÇÃO	05	14,2
ADENOCARCINOMA BEM DIFERENCIADO	02	5,7
ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO	01	2,8
ADENOCARCINOMA POUCO DIFERENCIADO	00	0,0
ADENOCARCINOMA SEM POSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DIFERENCIAÇÃO	01	2,8
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA XIV - TRATAMENTO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
RADIOTERAPIA EXCLUSIVA	04	11,2
RADIOTERAPIA ASSOCIADA À CIRURGIA	21	58,8
CIRURGIA EXCLUSIVA	07	19,6
NÃO REALIZOU NENHUMA ESPÉCIE DE TRATAMENTO	03	8,4
TOTAL	35	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA XV - TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
PRÉVIO	14	39,2
EXCLUSIVO	04	11,2
COMPLEMENTAR	07	19,6
NÃO SUBMETIDOS	10	28,0
TOTAL	35	100,0

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA XVI - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
GASTROSTOMIA	08	28,56
ESOFAGECTOMIA		
- SUBTOTAL COM ESOFAGOSTOMIA E GASTROSTOMIA	01	3,57
- SUBTOTAL COM ESOFAGOSTOMIA, GASTROSTOMIA		
ESPLENECTOMIA	01	3,57
- SUBTOTAL COM ESOFAGOGASTROPLASTIA	10	35,7
- SUBTOTAL COM ESOFAGOCOLOPLASTIA	02	7,14
- SUBTOTAL COM RECONSTITUIÇÃO DO TRÂNSITO		
POR MEIO DE ALÇA JEJUNAL	02	7,14
ESOFAGOGASTRECTOMIA PARCIAL COM ESPLENECTOMIA	01	3,57
LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA COM BIÓPSIA HEPÁTICA	01	3,57
TOTAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA HEPÁTICA	28	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA XVII - ACIDENTES TRANSOPERATÓRIOS

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
CHOQUE HIPOVOLÊMICO POR LESÃO DA VEIA ÁZIGOS	01	3,57
HIPOTENSÃO COM SANGRAMENTO MEDIASTINAL, HEMOTORAX	01	3,57
PERFURAÇÃO PLEURAL	(01)	3,57
LESÃO DE VEIA HILAR DO BAÇO EXIGINDO ESPLENECTOMIA	01	3,57
NÃO HOUE	24	85,6
TOTAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA	28	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA XVIII - COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

	Nº DE CASOS	FREQÜÊNCIA*
COMPLICAÇÕES PLEUROPULMONARES		
- BRONCOPNEUMONIA	05	17,85
- PNEUMONIA ALVEOLAR	01	3,57
- DERRAME PLEURAL	04	14,28
- PNEUMOTORAX	02	7,14
- EMPIEMA PLEURAL	01	3,57
ABCESSO DE PAREDE	01	3,57
FÍSTULA EM ANASTOMOSE CERVICAL ESOFAGOJEJUNAL	02	7,14
FÍSTULA EM ANASTOMOSE ESOFAGOGÁSTRICA	01	3,57
DESEQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO	02	7,14
ARRITIMIAS CARDÍACAS	02	7,14
ENFISEMA SUBCUTÂNEO	01	3,57
MEDIASTINITE	01	3,57
SEPSIS	01	3,57
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA PELA ESOFAGOSTOMIA	01	3,57
ÓBITO NO PÓS-OPERATÓRIO	04	14,28

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

*Percentual calculado sobre o total de 35 pacientes.

TABELA XIX - CAUSAS DE ÓBITO NO PÓS-OPERATÓRIO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
BRONCOPNEUMONIA + ARRITMIAS CARDÍACAS	01	25
DERRAME PLEURAL, Desequilíbrio hidroeletrólítico, SEPSIS	01	25
PNEUMONIA ALVEOLAR + ARRITMIAS CARDÍACAS	01	25
DERRAME PLEURAL, HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA PELA ESOFAGOSTOMIA	01	25
TOTAL DE ÓBITOS OCORRIDOS NO PÓS-OPERATÓRIO	04	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

TABELA XX - NÚMERO DE CASOS E PERCENTUAL DE PACIENTES COM DOENÇA METASTÁTICA EVIDENCIADA DURANTE O ATO CIRÚRGICO

	Nº DE CASOS	PERCENTUAL*
COM METÁSTASES	16	57,12
SEM METÁSTASES	12	42,82
TOTAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA	28	100

TABELA XXI - SÍTIOS MAIS FREQUENTES DE LOCALIZAÇÃO METASTÁTICA DA NEOPLASIA MALIGNA DE ESOFÁGO, EVIDENCIADA DURANTE O ATO CIRÚRGICO

	Nº DE CASOS	FREQÜÊNCIA
METÁSTASE HEPÁTICA	06	37,5
METÁSTASE PARA TRONCOCELÍACO	06	37,5
INFILTRAÇÃO DO ESTÔMAGO	03	18,75
METÁSTASE PARA LINFONÓDIOS PARAAORTÍCOS	02	12,5
METÁSTASE PARA LINFONÓDIOS PARAESOFÁGICOS	02	12,5
METÁSTASE PARA LINFONÓDIOS PARACÁRDICOS	01	6,25
METÁSTASE ESPLÊNICA	01	6,25
TOTAL DE PACIENTES COM DOENÇA METASTÁTICA	16	

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário de Florianópolis

*Percentual calculado sobre o total de 35 pacientes

DISCUSSÃO

Analisando a Tabela I, podemos observar que o câncer de esôfago incidiu em 82,81% dos casos em um total de vinte e nove pacientes do sexo masculino, e em 17,1% dos casos em um total de 6 casos no sexo feminino. De acordo com a literatura há uma incidência de 90% no sexo masculino, e de 10% no sexo feminino (17, 18, 23, 24, 47).

Observando a Tabela II, constatamos que a faixa etária mais acometida pela neoplasia esofagiana, foi dos 60 aos 69 anos, onde ocorreram 16 casos, num percentual de 45,7% do total. A faixa etária dos 50 aos 59 anos, foi a segunda em incidência, com 11 casos, num percentual de 31,4%. Registramos 1 caso, na faixa etária dos 40 aos 49 anos, correspondendo a um percentual de 2,8% dos casos. Esse dado é condizente com a literatura, que relata que a neoplasia maligna de esôfago atinge principalmente a 6a. e 7a. década (17, 18, 23).

A Tabela III, mostra que 91,4% dos pacientes, em um total de 32 casos, pertenciam a etnia branca, enquanto que apenas 8,5% dos pacientes, num total de 3 casos, pertenciam a etnia negra, dados esses que concordam com a literatura que relata haver uma grande predominância da incidência do câncer de esôfago, em pacientes da etnia branca (17, 18, 23, 24, 47).

A Tabela IV, mostra o registro do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura de tratamento médico. Constatou-se que a maioria dos pacientes (30,8%) procurou auxílio médico, decorridos 2 a 4 meses após a sintomatologia inicial da

doença, seguida de um grupo de 28% dos pacientes, cujo período de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura de tratamento médico foi de 1 a 2 meses.

Estes dados estão conforme o relato da literatura, onde em 41% dos pacientes a sintomatologia aparece, com duração menor que dois meses e em 54% dos pacientes, é igual ou superior aos quatro meses (14, 15, 16, 18, 23, 24).

Analisando a Tabela V, podemos observar que o sintoma inicial mais freqüente nos pacientes, foi a disfagia para sólidos, presentes em 72,8% dos casos, num total de 26 pacientes. O segundo lugar em freqüência foi ocupado pelos seguintes sintomas iniciais: dor epigástrica, vômitos, hematêmese, nos quais houve uma incidência em 5,7% dos casos, totalizando 2 pacientes cada. A literatura relata, que o sintoma inicial na neoplasia de esôfago é representado pela disfagia em 90% dos casos (14, 15, 16, 18, 23).

A Tabela VI mostra a dieta aceitável, no momento da primeira entrevista com o médico. Podemos observar que 42% dos pacientes; em um total de 15 casos, tinham aceitação de dieta pastosa, 33,6% dos pacientes, totalizando 12 casos, aceitaram dieta líquida. Apenas 2,8% dos pacientes (1 caso), aceitava dieta sólida e 19,6% dos pacientes queixavam-se de disfagia total.

A Tabela VII mostra os sinais e sintomas gerais dos pacientes analisados. Sendo que 95,2% dos pacientes (34 dos 35 casos estudados) apresentaram disfagia progressiva, 64,4% dos pacientes apresentaram algum grau de emagrecimento (23 dos 35 casos estudados), 33,6% dos pacientes queixaram-se de vômitos (12 dos 35 pacientes estudados). As queixas de dor epigástrica e

dor retroesternal tiveram uma incidência de 16,8% (6 dos 35 casos estudados) e 11,2% (4 dos 35 casos estudados), respectivamente. A literatura relata que o principal sintoma da neoplasia maligna de esôfago, é a disfagia, com incidências que variam de 80 a 90% dos pacientes. O segundo sintoma mais freqüente da neoplasia esofageana é o emagrecimento, numa incidência que varia entre 50 a 85% dos pacientes, o que ocorre em poucas semanas, sendo que suas reservas de tecido gorduroso, desaparecem logo (14, 15).

Analisando a Tabela VIII, verificamos que em 53,2% dos casos analisados (19 dos 35 pacientes estudados), houve referência ao uso de fumo. Em 30,8% dos pacientes (11 dos 35 casos estudados) relataram uso de chimarrão. A literatura consultada, revela que em 90% dos casos de câncer de esôfago, há referência sobre a ingestão de álcool e uso de fumo (33, 34, 35).

MUITO RARO. NÃO ENTRA NO MÉRITO. EXISTE UTAÇÃO FUMO/CA ENTPROO INTEL.

De acordo com a Tabela IX evidenciamos as afecções esofageanas associadas, quando foram achados 5,7% de esofagite de refluxo (dois dos 35 casos estudados) e 5,7 de hernia hiatal (2 dos 35 casos estudados), sendo que 86,8% (31 pacientes), não tiveram patologia esofageana concomitante com a neoplasia de esôfago (14, 15, 16, 33, 34, 35).

Na Tabela X, observamos a incidência da localização da lesão, ao longo do trato esofágico; pesquisada através de esofagograma. A localização mais freqüente foi a inferior, correspondendo a 58,8%, dos casos analisados, num total de 21 pacientes.

A seguir, tivemos a localização no esôfago médio, perfazendo 25,2% dos pacientes estudados, num total de nove pacientes. A localização no esôfago superior, representou 14,1% dos casos analisados. A literatura revela que os tumores de esôfa-

fago se distribuem da seguinte maneira: 7,9% nos 1/3 superior, 46,6% no esôfago médio e 29,8% no terço superior (33, 34, 35).

Ao observarmos a Tabela XI, encontramos os dados sobre o aspecto do tumor, avaliado através da endoscopia digestiva alta, sendo que 50,4% dos casos, em um total de 18 pacientes, tinham neoplasia com aspecto vegetante, 47,6% infiltrante e 33,6% tinham aspecto ulcerado.

A literatura analisada, revela uma incidência maior do tipo infiltrante, seguido em ordem de frequência dos aspectos vegetante e ulcerado (33, 34, 35).

A Tabela XII, revela a histopatologia dos tumores de esôfago. O tipo histopatológico mais frequente foi o espinocelular, representando 86,8% dos casos, em um total de 31 pacientes. O adenocarcinoma representou 7,6% dos casos, em um total de 4 pacientes. A literatura revela que 83,6% dos casos de neoplasia esofágica são representados por carcinoma espinocelular, 15,4% por adenocarcinoma e apenas 1% por carcinoma indiferenciado (33, 34, 35).

Na Tabela XIII, a histopatologia dos tumores esofageanos é organizado de acordo com o grau de diferenciação dos tumores. O espinocelular, bem diferenciado, representou 28% dos casos, num total de 10 pacientes. O carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado representou 30,8% dos casos, em um total de 11 pacientes. O carcinoma espinocelular indiferenciado representou 14,2% dos casos, em um total de 5 pacientes; 5,7% dos casos, em um total de 2 pacientes, foram representados pelo adenocarcinoma bem diferenciado e 2,8% dos casos (apenas 1 paciente),

foi representado pelo adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Na Tabela XIV, os pacientes foram agrupados conforme o tratamento realizado e constatou-se que 11,2% dos casos, num total de 4 pacientes, foram submetidos exclusivamente a tratamento radioterápico; 58,8% dos casos (num total de 21 pacientes), foram submetidos a tratamento cirúrgico associado a tratamento radioterápico. Em 19,6% dos casos, num total de 7 pacientes, foram submetidos a tratamento cirúrgico exclusivo, e 8,4% dos pacientes não foram submetidos a nenhuma espécie de tratamento, totalizando 3 pacientes.

A conduta terapêutica a ser tomada, frente a uma neoplasia maligna de esôfago, varia de acordo com o caso e também de acordo com a orientação de cada serviço (27, 28, 34, 40, 41). Quando há um estágio clínico avançado, deve-se tomar uma medida paliativa e às vezes nem essa (27, 28, 34, 40, 41).

A Tabela XV demonstra a freqüência do uso da terapêutica radioterápica nos casos estudados. O tratamento radioterápico foi dividido em três modalidades: prévio, exclusivo e complementar. Sendo que 39,2% dos pacientes, em um total de 14 casos, foram submetidos a radioterapia prévia, na seqüência dos casos, 11,2% dos pacientes, num total de 4 casos, foram submetidos a tratamento radioterápico exclusivo, 19,6% dos pacientes foram submetidos a radioterapia como complementação a um procedimento cirúrgico e 28% não foi submetido a tratamento radioterápico.

A radioterapia como forma única de tratamento, não tem conseguido firmar-se. Existem naturalmente opiniões em contrário, apoiados na menor agressividade do método, com índice cer-

tamente mais baixos de morbidade e mortalidade, associada a taxas de sobrevida, pelo menos semelhante às aquelas oferecidas pelas operações paliativas (40, 41).

A Tabela XVI registra os tipos de procedimentos cirúrgicos realizados, nos casos estudados. Sendo que 28 pacientes foram submetidos a alguma modalidade de tratamento cirúrgico; 28,5% dos casos (em um total de 8 pacientes) foram submetidos a gastrostomia, 57,12% dos pacientes foram submetidos a reconstrução do trânsito através da esofagogastroplastia. Conforme a literatura as gastrostomias são procedimentos mais frequentes que os demais devido ao estadiamento do tumor ser avançado para a maioria dos doentes hospitalizados (1, 6, 7, 10, 14, 15, 16). Em nossa casuística representou 28,5%, num total de 8 casos.

A Tabela XVII, evidenciou os achados durante o ato cirúrgico para os 28 pacientes submetidos a cirurgia. Podemos observar que os sítios mais frequentes de invasão metastática, foram o fígado (21,42% dos casos), o tronco celíaco (21,42% dos casos), seguido do estômago (14,28% dos casos); 74,97% dos pacientes não tinham evidência de doença metastática.

A Tabela XVIII relata as complicações pós operatórias dos pacientes, onde observamos que 46,41% dos pacientes tiveram complicações do tipo pleuropulmonar, num total de 13 pacientes; em que a broncopneumonia esteve em primeiro lugar, com 17,85% em frequência, num total de 5 pacientes. Dos 35 pacientes estudados, 4 tiveram óbito pós operatório, numa frequência de 14,28% dos casos. O desequilíbrio hidroeletrólítico; a fístula em anastomose cervical esôfago jejunal; e as arritmias cardíacas; cada qual teve 7,14% de frequência, num total de 2 casos para cada tipo destas complicações.

As demais complicações não pulmonares foram: fístula em

anastomose esofagogástrica, abscesso de parede, enfisema subcutâneo, mediastinite, sépsis, hemorragia digestiva alta pela esofagostomia representaram 21,42% da frequência total, totalizando apenas 1 caso para cada uma destas complicações.

A análise da Tabela XIX revela as causas de óbito no pós-operatório, que ficou assim distribuída: Broncopneumonia associada a arritmias cardíacas com uma frequência de 25% no total de 1 caso; derrame pleural associado a desequilíbrio hidroeletrólítico e sépsis perfizeram 25%, totalizando 1 caso, pneumonia alveolar associada a arritmias cardíacas somaram 25%, o que também representou 1 caso, e finalmente tivemos 1 caso de óbito por derrame pleural associado a hemorragia digestiva alta pela esofagostomia, representando também 25% de frequência.

A Tabela XX, registrou o número de casos e percentual de pacientes com doença metastática evidenciada durante o ato cirúrgico, o qual revelou que 57,12% dos pacientes tinham metástases durante o ato cirúrgico, totalizando 16 casos; e 42,82% dos pacientes não tinham metástases, num total de 12 pacientes.

Através da Tabela XXI obtivemos a relação dos sítios mais frequentes de localização metastática da neoplasia maligna de esôfago, evidenciada durante o ato cirúrgico; ficando assim distribuídas: metástase hepática e metástase para tronco celíaco com 6 casos cada uma, totalizando 75% de frequência; a infiltração do estômago ocorreu em 3 dos pacientes, numa frequência de 18,75%, já as metástases para linfonodios paraaórticos e paraesofágicos tiveram o número de 2 pacientes para cada uma, evidenciado 25% de frequência; finalmente as metástases para linfonodios paracárdicos e metástase esplênica, cada qual com 1 caso, num total de 12,50% de frequência.

CONCLUSÃO

1. Em relação do sexo, a incidência do câncer maligno de esôfago foi maior no sexo masculino.
2. A faixa etária mais atingida pelos tumores malignos do esôfago foi a sétima década da vida, confirmando que o câncer de esôfago é uma doença de pessoas idosas.
3. A maioria dos pacientes estudados pertenciam a etnia branca.
4. O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura de atendimento médico foi entre 2 a 4 meses.
5. O sintoma inicial na neoplasia maligna foi a disfagia para sólidos em 26 dos 35 casos estudados.
6. A maioria dos pacientes atendidos no Hospital Universitário adentrou no serviço, aceitando apenas dieta pastosa.
7. Quanto a sintomatologia geral, tivemos 34 casos de disfagia progressiva, seguidos por 23 casos de emagrecimento de qualquer grau.
8. A maior parte dos pacientes analisados tinham como hábito o fumo, seguidos pelo etilismo e uso de chimarrão.
9. As afecções esofageanas associadas a neoplasia maligna de esôfago, foram a esofagite de refluxo e a hernia hiatal em igual número de casos.
10. Através do esofagograma, observamos uma maior localização do tumor maligno de esôfago no terço inferior.
11. A visualização do tumor através da endoscopia digestiva alta revelou um maior número de tumores esofágicos de aspecto vegetante, sendo o segundo aspecto mais freqüente o do

tipo infiltrante.

12. O tipo de tumor mais encontrado foi o espinocelular conforme os resultados histopatológicos. Sendo que os graus de diferenciação neoplásica mais encontrados foram o carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e carcinoma espinocelular bem diferenciado, respectivamente.

13. A radioterapia foi associada ao tratamento cirúrgico em 21 dos pacientes estudados, sendo que 14 dos pacientes tiveram radioterapia prévia.

14. O procedimento cirúrgico mais realizado foi a esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia num total de 10 pacientes, seguido pela gastróstomia, num total de 8 pacientes.

15. Os acidentes transoperatórios ocorreram em 4 pacientes dos submetidos a cirurgia e foram: choque hipovolêmico por lesão da veia ázigos, hipotensão com sangramento mediastinal (hemotórax), perfuração pleural, lesão da veia hilar do baço, exigindo esplenectomia, num total de 3,57% para cada complicação ocorrida.

16. As complicações pós operatórias ocorridas foram na grande maioria do tipo pleuropulmonar (46,41%).

17. O total de óbitos no pós operatório foi em número de quatro, causadas por: broncopneumonia + arritmias cardíacas, derrame pleural mais desequilíbrio hidroeletrólítico mais sépsis; pneumonia alveolar mais arritmias cardíacas e derrame pleural mais hemorragia digestiva alta pela esofagostomia.

18. Em 16 dos pacientes, foi encontrado evidências de metástase durante o ato cirúrgico, sendo o maior número delas encontradas no fígado e no tronco celíaco em igual número de casos.

SUMMARY

This retrospective study analysis a total of 35 cases of esophagus malignant tumors, during the period of January 1983/December 1989. A prevalence in the male sex, white person in the 7th decade were noted, progressive disphagia and loss of weight were the principal symptoms. Of the 35 patients, 19 were smokers. In 21 patients the tumor was localized in the lower esophagus, 9 in the medium and in the superior. In 6 cases metastasis were found during surgery. The prevalent kind of tumor was Espinocelular. Surgery was performed in 28 patients, and the total 21 were submitted the radioterapy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMS, Cl. The complications of endophageal tubes. J. Thor. Cardiovasc. Surg., 51(5):685-693, 1966.
2. AKIYAMA, H. et al. The esophageal axis and its relation ship to the carcinoma of esophagus. Ann. Surg. 176:30-36, 1972.
3. AKIYAMA, H. Esophagel anastomosis. Arch. Surg. 107: 512-514, 1973.
4. AKIYAMA, H. et al. A simple esophageal bypass operation by the high gastric division. Sugery, 75: 674-681, 1974.
5. AKIYAMA, H. et al. Total esophageal bypass reconstruction after extraction of the esophagus. Ann. Surg. 182: 547-552, 1975.
6. AKIYAMA, H. et al. Use of stomach as an esophageal substitute. Ann. Surg. 188: 606-610, 1978.
7. AMMANN, J.F. et al. Paliative intubation of the esophagus. J. Thor. Cardiovasc. Surg. 61(6): 836-839, 1971.
8. ANDREOLI, J.C. et al. Intubação esofageana nos tumores de esôfago e cárdia. GED, 1(2): 73-76, 1982.
9. ANGORN, J.B. Intubation in the treatment of carcinoma of

the esophagus. World J. Surg. 5:535-541, 1981.

10. ANGORN, J.B. et al. Pulsion intubation vs retroesternal gastric bypass of paliation of unresecable carcinoma of the upper thoracic esophagus. Br. J. Surg. 70:335-338, 1983.
11. ARTIGAS, G.V. Tunelização permanente no câncer irresseccavel do esôfago e do cardia. Rev. Paul. Med. 80:191-194, 1972.
12. ASTE, H. et al. Esophageal dilatation in malignant dysphagia. Ann. Surg. 56: 2713-2715, 1985.
13. BAKER, J.W. et al. Management of the paraesophageal cancer by blunt ressection without toracomy and reconstruction with stomach. Ann. Surg. 203: 491-499, 1986.
14. BELSEY, R. et al. An exclusive thoracic approach of the cancer of the middle third of the esophagus. Ann. Thorac. Surg. 18: 14-15, 1974.
15. BELSEY, R. Palliative management of esophageal carcinoma. Ann. J. Surg. 139: 784-794, 1980.
16. BERG, D. et al. Palliative intubation of the esophagus for malignant diseases. Surg. Ginecol. Obstet. 116: 705-711, 1963.
17. BERTELSEN, S. Palliative treatment of obstructive neoplasia of the esophagus and cardia by permanent intubation. Acta Chir. Scand. 137: 165-168, 1971.

18. CAREY, R.W. et al. Preoperative chemotherapy followed by surgery with possible postoperative radiotherapy in squamous cell carcinoma of the esophagus: evaluation of the chemotherapy component. J. Clin. Oncol., 4: 697-701, 1986.
19. COLLINS, J.L. Surgical treatment of carcinoma of the oesophagus and cardia. Br. J. Surg., 58: 801-804, 1971.
20. EARLAM, R. et al. Oesophageal squamous cell carcinoma: a critical review of surgery. Br. J. Surg., 67: 381-390, 1980.
21. EARLAM, R. et al. Oesophageal squamous cell carcinoma: II - a critical review of radiotherapy. Br. J. Surg. 67: 457-461, 1980.
22. ELLIS JR., F.R. et al. Surgery of carcinoma of the lower esophagus and cardia. World J. Surg. 5: 527-533, 1981.
23. FERREIRA, E.A.B. et al. Esophagectomy followed by esophago-gastroplasty through the posterior mediastinum without thoracotomy. Chir. Gastroenterol. 10: 347-350, 1986.
24. FLEMMING, J.A.C. Carcinoma of the thoracic esophagus: notes on its pathology and spread in relation to treatment. Br. J. Radiol., 16: 212-216, 1943.
25. FLEMMING, J.A.C. Radiotherapy in cancer of the thoracic esophagus. Thor. 2: 206-215, 1947.
26. GARVIN, P.J. et al. Extrathoracic esophagectomy in the treatment of esophageal cancer. Am. J. Surg. 140: 772-778,

1980.

27. GIULLI, I. et al. Resultats a distance du traitement chirurgical des cancer de l'esophage (a propos de 778 tumeurs resequees). Ann. Surg. 26: 839-842, 1972.
28. GRIMES, O.F. et al. The treatment of carcinoma of the hypopharynx and cervical esophagus. Arch. Surg. 72-740-755, 1956.
29. GUILLAMONDEGUI, O.M. et al. Total reconstruction of the hypopharynx and cervical esophagus. Am. J. Surg. 150: 422-425, 1985.
30. MAILLET, P. et al. Carcinoma of the thoracic esophagus. Results of on stage surgery - 271 cases. Am. J. Surg. 143: 629-634, 1982.
31. MALAFAYA, O. et al. Tunelização esofágica como opção para o tratamento paliativo do câncer de esôfago (apresentação de um tubo com dois estágios). Rev. Col. Bras. Cir. 5: 63-74, 1978.
32. McKEOWN, K.C. Resection of Midesophageal carcinoma with esophago gastric anastomosis. World. J. Surg. 5: 517-525, 1981.
33. MERCURIO NETTO, S. et al. Tratamento cirúrgico do câncer de esôfago associado a radioterapia: conduta e resultados. Rev. Ass. Med. Brasil. 22: 341-347, 1976.

34. MILLER, C. Carcinoma of thoracic esophagus and cardia: A review of 405 cases. Br. J. Surg. 49: 507-522, 1962.
35. MIRRA, A.P. et al. A importância do planejamento terapêutico no tratamento do câncer de esôfago. Rev. Col. Bras. Cir. 6(2): 55-56, 1979.
36. MURRAY, G.F. et al. The assessment of operability of esophageal carcinoma. Ann. Thor. Surg. 23(5): 393-398, 1977.
37. ORRINGER, M.B. et al. Esophagectomy without thoracotomy. Thorac. Cardiovasc. Surg. 76: 643-654, 1978.
38. ORRINGER, M.B. et al. Esophagectomy without thoracotomy a dangerous operation? J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 85: 72-80, 1983.
39. PARKER, E.F. et al. Esophageal resection and replacement for carcinoma. Ann. Surg. 187: 619-633, 1978.
40. PARKER, E.F. et al. Carcinoma of the esophagus: observations of 40 years. Ann. Surg. 196(5): 618-623, 1982.
41. PEARSON, J.G. The radiotherapy of carcinoma of the esophagus and post cricoid region in South east Scotland. Clin. Radiol. 17: 242-257, 1966.
42. PEARSON, J.G. The value of radiotherapy in the management of the esophageal cancer. Am. J. Roent. 105: 500-513, 1969.
43. PETO, R. et al. Design and analysis of randomized clinical

trials requiring prolonged observation of each patient.

Br. J. Can. 35: 1-39, 1977.

44. PINOTTI, H.W. et al. Esofagectomia por via cerviccabdominal sin toracotomia: sus aplicaciones en el tratamiento del cancer de esofago. Quiron., 13: 8-13, 1982.
45. POSTLETHWAIT, R.W. et al. Esophagectomy without thoracotomy: Editorials. Ann. Thorac. Surg. 27: 395-396, 1979.
46. POSTLETHWAIT, R.W. Colonic interpositio for esophageal substitution. Surg. Gynecol. Obstet. 156: 377-383, 1983.
47. ROSENBERG, D. Câncer do terço médio do esôfago: considerações sobre a via de acesso e reconstrução do trânsito a propósito de um caso de esofagoplastia com tubo de polietileno. Rev. Med. Cir. S. Paulo, 16: 541-572, 1956.
48. SEGURA, J. et al. Palliative treatment of esophageal obstruction with gogni's plastic tube. Surg. Gynecol. Obstet. 122: 102k-1024, 1966.
49. SHAHIAN, D.M. et al. Transthoracic versus extrathoracic esophagectomy: mortality, morbidity, and long term survival. Ann. Thorac. Surg. 41: 237-246, 1986.
50. SILVA, P.F.A. Importância da preservação dos pedículos vasculares nas esofagocoloplastias. Rev. Ass. Med. Brasil. 20: 219-222, 1974.
51. SILVER, C.E. Surgical treatment of hypopharyngeal and cervi

cal cancer. World J. Surg. 5: 499-507, 1981.

52. STEWART, J.R. Transhiatal (blunt) esophagectomy for malignant and benign esophageal disease: clinical experience and technique. Ann. Thorac. Surg. 40: 343-348, 1985.

53. SZEBTPETERY, S. et al. Pull-through esophagectomy without thoracotomy for esophageal carcinoma. Ann. Thorac. Surg. 27: 399-403, 1979.

54. TINOCO, R.C. et al. Tratamento cirúrgico do carcinoma de esôfago. Rev. Bras. Cir. 75: 297-307, 1982.

55. XIMENES NETTO, M. Desvio retroesternal com o estômago, no carcinoma inoperável de esôfago. Rev. Bras. Cir. 68: 5-10, 1978.

56. ZILBERSTEIN, B. et al. Complicações imediatas da esofagectomia subtotal no câncer de esôfago. Rev. Col. Brasil. Cir. 3: 119-122, 1981.

57. ZILBERSTEIN, B. Importância do estadiamento no planejamento terapêutico do câncer de esôfago. Bol. Col. Bras. Cir. 17: 3-4, 1985.

TCC
UFSC
CC
0110

N.Cham. TCC UFSC CC 0110
Autor: Barbieri, Cesar Hu
Título: Carcinoma de esôfago : análise



972800889

Ac. 252942

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM