

TRATAMENTO DO CÂNCER DE ESÔFAGO

LORENO BRENTANO *

SINOPSE : Recursos terapêuticos atualmente utilizados nas neoplasias malignas do esôfago. Conduta adotada frente ao problema no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, UFRGS.

O tratamento de câncer de esôfago é difícil. Deve-se-o à localização profunda do órgão dentro do tórax, à extensão rápida do tumor além dos limites de curabilidade quando diagnosticado, à disseminação linfática caudal e cranial da neoplasia que impõe dose actínica elevada, prejudicial a órgãos vizinhos sensíveis à irradiação. Resultam desses fatos, o baixo índice de cura, a morbidade associada às diversas formas de tratamento, a mortalidade elevada da cirurgia curativa e o sofrimento impôsto ao paciente quando se propõe um encaminhamento terapêutico adequado.

A cura constitui meta fundamental do tratamento do câncer de esôfago. Todavia, impõe-se o respeito devido ao conforto da maioria dos pacientes onde aquele desiderato é intangível. A cura pode ser conseguida com radioterapia e cirurgia, mas indubitavelmente esta tem sido mais promissora. Por cura entende-se, não só extirpação ou destruição total da neoplasia, mas também manutenção ou restabelecimento do trânsito digestivo.

A incapacidade de alimentar-se, por causa da obstrução esofágica, constitui o grande drama dos pacientes que não podem ser curados. Múltiplos métodos pretenderam resolver esse problema, mas invariavelmente provocaram sofrimento ao paciente. Há inclinação recente para irradiação paliativa do tumor com intuito de desobstruir o esôfago, ou para operações que contornem o órgão obstruído.

O quadro acima delineado não anima muito, mas progressos terapêuticos recentes permitem esperar um futuro mais promissor. Deve-se-o à evolução da técnica operatória, à segurança proporcionada pela anestesia atual, ao aprendizado obtido no tratamento pré e pós-operatório de pacientes graves submetidos a cirurgias extensas, e à possibilidade de irradiação com aparelhos de alta voltagem. Permitem tratar

* Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, UFRGS.

essa moléstia grave com mortalidade e morbidade aceitáveis, e esperar resultado tanto curativo quanto paliativo razoavelmente satisfatórios.

Há três métodos fundamentais para tratamento do câncer de esôfago: cirurgia, radioterapia e a quimioterapia.

a) — os *métodos cirúrgicos*, enfrentam vários problemas importantes:

- 1 — o paciente em si, representante de grupo etário avançado, em que incidem com frequência doenças graves paralelas;
- 2 — realização de cirurgias extensas em paciente com desnutrição importante;
- 3 — dificuldades inerentes a qualquer cirurgia torácica;
- 4 — dificuldades inerentes a qualquer cirurgia do tracto digestivo, salientando-se a possibilidade de contaminação do campo operatório e a delicadeza das anastomoses para refazer o trânsito digestivo, após a ressecção do órgão.

Os *métodos cirúrgicos paliativos* pretendem sempre possibilitar a alimentação do paciente e ou aliviá-lo do refluxo, para a árvore respiratória, das secreções retidas acima do esôfago obstruído. Podem ser de extensão limitada, tais como gastrostomia, jejunostomia, colocação de tubos nasogástrico ou endo-esofágico com a finalidade de transpor a neoplasia, e esofagostomia cervical para drenagem da secreção retida no esôfago. Ou são mais amplas, com a intenção de dar conforto ao paciente à custa de risco operatório maior. Entre as mesmas citem-se ressecções paliativas com reconstrução do trânsito digestivo, anastomoses paliativas que circundam o tumor, quais sejam interposição esofagogástrica de alça jejunal ou esofagocoloplastia retroesternal.

Os *métodos cirúrgicos curativos* são radicais e pretendem extirpar tanto o tumor primitivo quanto eventuais áreas metastáticas mais próximas àquele, permitindo ao mesmo tempo refazer o trânsito digestivo. Há operações que, num mesmo tempo, fazem a ressecção do órgão e restabelecem o trânsito gastro-intestinal. Outras ressecam totalmente o órgão e em tempo diferente reconstróem o trânsito digestivo. Entre as primeiras, e que são indicadas preferentemente para câncer de esôfago distal, há cirurgias que restabelecem o trânsito esôfago-gástrico diretamente, levando porção de estômago para dentro da cavidade torácica, e cirurgias que restabelecem o trânsito esôfago-gástrico indiretamente, interpondo alça jejunal pediculada entre esôfago e estômago. Entre as últimas, situam-se cirurgias que tratam o problema em vários tempos: esofagostomia cervical mais gastrostomia, ressecção do esôfago torácico, e restauração do trânsito digestivo ou por interposição de colon entre esôfago cervical e estômago ou por levantamento de estômago até o pescoço. Estes últimos métodos são utilizados predominantemente em neoplasias esofágicas, de localização mais elevada. Frequentemente lhe é associada radioterapia pré-operatória.

b) os *métodos radioterápicos* podem ser empregados com intuíto curativos ou paliativos, ou como complemento à cirurgia. A irradiação curativa é intensiva, tem possibilidade de curar a doença, e é feita em doses de 6000 a 8000 rads, atingindo tumor e mediastino. Tratamento actínico paliativo é feito com doses bem menores e limitadas ao tumor. A irradiação pré-operatória tem sido revivida nos últimos anos, com a finalidade de aumentar as chances de cura e para tornar ressecáveis lesões que infiltram estruturas peri-esofagianas.

c) os *métodos quimioterápicos*, com drogas antiblásticas têm sido empregadas. Não levam à cura, e como método paliativo parecem inferiores à irradiação.

Os resultados do tratamento do câncer de esôfago são muito variados. Parece, porém, incontestável que tem havido melhora progressiva na evolução terapêutica dessa moléstia grave. Os resultados do tratamento cirúrgico puro, em revisão da literatura, indicam cura de 5 anos de 2% a 25%, com média entre 15% a 20% (12, 6, 9, 5, 7, 8). A mortalidade cirúrgica nos mesmos relatos varia de 11% a 28% (5, 6). Tais dados demonstram a definida chance de cura proporcional a cerca de 1/5 dos pacientes operados, mas ressaltam também a alta mortalidade cirúrgica que se aproxima à mesma proporção de 1/5 dos pacientes operados.

É menor a experiência universal em relação à associação de cirurgia e radioterapia, mas os resultados são semelhantes. Há sobrevivências de 5 anos apresentadas de 2,4% a 20% (4, 3, 1, 2, 10), mas com mortalidade cirúrgica nitidamente menor. A escola japonesa liderada por Nakayama, porque obteve diminuição da mortalidade, tem despertado o entusiasmo em torno da associação de radioterapia e cirurgia em tempos escalonados.

Os resultados do tratamento radioterápico puro, embora não evidenciem mortalidade importante nem morbidade tão acentuada quanto a cirurgia, apresentam índice de cura baixos: 3,1%.

O Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul há 10 anos vem interessado no problema em foco. O diagnóstico tardio, os resultados pouco promissores, a mortalidade e morbidade elevadas conduziram à revisão dos casos operados naquele serviço. Esta foi feita pela Residência do Departamento de Cirurgia e constou da análise dos primeiros 130 casos cadastrados no arquivo da Instituição. O trabalho foi apresentado no Congresso da AMRIGS, realizado em Santa Maria em 1968. A insatisfação com os resultados analisados, conduziu à revisão da metodologia terapêutica empregada, dando origem a um protocolo atualmente adotado naquela escola de cirurgia, e que será abaixo resumido.

A experiência com o manuseio cirúrgico de pacientes com carcinoma de esôfago nas Enfermarias do Departamento de Cirurgia e fora dos serviços da Universidade, tornaram claros vários aspectos: que o diagnóstico da moléstia era tardio; que a existência de metástases além

dos limites de curabilidade era muito freqüente; que o mau estado geral dos pacientes submetidos a cirurgias extensas condicionava mortalidade e morbidade muito acentuadas; que os métodos paliativos empregados impunham muito sofrimento aos pacientes. Dessas observações partiu-se para o escalonamento dos tempos cirúrgicos e radioterapia pré-operatória nos carcinomas epidermóides do esôfago torácico cujo tratamento exigisse ressecção mais cranial do que o nível das veias pulmonares inferiores. Tal decisão nasceu do entusiasmo provocado pelos trabalhos da escola japonesa. Para as neoplasias mais caudais, quer carcinomas epidermóides ou adenocarcinomas, manter-se-ia a ressecção esôfago-gástrica clássica com reconstrução direta do trânsito digestivo através de anastomose esôfago-gástrica intra-torácica. Para tratamento paliativo, desde que as condições gerais do paciente o permitissem, decidiu-se contornar a obstrução esofágica ou através de esofagocoloplastia ou através de interposição de alça ileal pediculada entre esôfago proximal ao tumor e estômago, conforme técnica sugerida por Berendino. O protocolo não definiu conduta para tratamento dos carcinomas de esôfago cervical, pois que são raros e apresentam problemática e soluções diferentes, em muito semelhantes à terapêutica das neoplasias de faringe.

Em resumo, ficou assim estabelecido o protocolo de Departamento de Cirurgia, para tratamento de câncer de esôfago:

- 1) — Carcinoma do 1/3 distal do esôfago (que incluiria carcinomas da junção esôfago-gástrica):
 - a) — tratamento curativo:
 - Esofagogastrectomia com esofagogastrostomia intratorácica;
 - b) — tratamento paliativo:
 - Esofagogastrectomia, caso o tumor seja ressecável;
 - ou então Interposição de Alça de Intestino Delgado, entre esôfago proximal ao tumor e estômago;
 - ou então Gastrostomia e Esofagostomia Cervical, quando o estado geral do paciente fôr muito precário, ou quando a incurabilidade fôr determinada clinicamente (metástases cervicais, à distância, etc...)
- 2) — Carcinoma dos 2/3 proximais do esôfago torácico:
 - a) — tratamento curativo:
 - 1º tempo: Esofagocoloplastia
 - 2º tempo: Irradiação pelo método de Parker, com 5000-6000 rads, sobre tumor e mediastino.
 - 3º tempo: Esofagectomia torácica, 6 semanas após a irradiação;

- b) — tratamento paliativo:
- Esofagocoloplastia, quando à Laparotomia fôr evidenciada incurabilidade;
 - ou então, Gastrostomia e Esofagostomia cervical, quando a incurabilidade fôr evidenciada clinicamente (metástases cervicais, metástases hepáticas, etc...) ou o estado geral do paciente fôr muito precário.
- 3) — Carcinoma de esôfago torácico:
- nenhuma conduta definida foi tomada; os casos serão resolvidos individualmente.

SUMMARY : Therapeutic procedures actually utilized in malignant neoplasms of esophagus. Treatments of choice in the Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS, Brasil.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — BEATTIE, E.J. — Treatment of carcinoma of the esophagus. *American Surgeon*, 33:100-2, 1967.
- 2 — BOYD, D.P. & KIM, M.C.C. — Survival in carcinoma of the esophagus. *The Surgical Clinics of North America*, 47:613-20, Jun. 1967.
- 3 — BURGE, J.P. & OCHSNER, J.L. — Management of esophageal tumors. *The Surgical Clinics of North America*, 46:1457-67, Dec. 1966.
- 4 — DUBOIS, C.; MEGEVAND, R.; RUDDLER, J-C. — A propos de 136 cas de cancer de l'esophage. *Médecine et Hygiène*, 60:605 et seq., 1963.
- 5 — ELLIS JR., F.H. et alii — Carcinoma of the esophagus and cardia. *The New England Journal of Medicine*, 260:351-8, Feb. 19, 1959.
- 6 — LORTAT-JACOB, J.-L. — Résultats du traitement chirurgical du cancer de l'esophage. *Mémoires de L'Académie de Chirurgie*, 83:348-55, Mars 1957.
- 7 — MAGILL, T.G. & SIMONS, R.L. — Resection of cardio-esophageal carcinoma. *Archives of Surgery*, 94:865-70, Jun. 1967.
- 8 — MASENTI, E. — Possibilities and results in the surgical treatment of carcinoma of the esophagus. *Minerva Chirurgica*, 21:39-47, 1966.
- 9 — MILLER, C. — Carcinoma of thoracic oesophagus and cardia; a review of 405 cases. *The British Journal of Surgery*, 49:507-22, Mar. 1962.

- 10 — NAKAYAMA, K.; ORIHATA, H.; YAMAGUCHI, K. — Surgical treatment combined with preoperative concentrated irradiation for esophageal cancer. *Cancer*, 20:778-88, May 1967.
- 11 — PETROVSKY, B.V. & VANTSIAN, E.N. — Our experience in the surgical treatment of malignant and benign esophageal tumors. *Surgery*, 62:833-8, Nov. 1967.
- 12 — SWEET, R.H. — The results of radical surgical extirpation in the treatment of carcinoma of the esophagus and cardia; with five year survival statistics. *Surgery Gynecology & Obstetrics*, 94:46-52, Jan. 1952.

Carlos Trein Filho, 627 — Pôrto Alegre, RS Brasil