

EDITORIAL

RUMO AO FUTURO NA ONCOLOGIA BRASILEIRA

Certamente os dados disponíveis sobre a incidência, mortalidade e estadiamento do câncer no momento do diagnóstico no Brasil são muito limitados. Isto leva a estimativas irreais de incidência e alocação subestimada de recursos materiais e humanos. Provavelmente o número de casos novos da doença no país deva ser superior a 400 mil casos por ano. Faz-se necessário investir nos registros de câncer existentes e criar novos para que se conheça a realidade do país. Registros populacionais como o de Goiânia, por exemplo, têm contribuído significativamente para a compreensão das tendências das taxas de incidência e mortalidade pela doença na região Centro-Oeste. Mas os dados obtidos mostram significativas diferenças em relação aos observados em São Paulo no último ano em que se coletou dados (1978). Portanto, estes dados coletados com grande rigor não podem ser utilizados para se dimensionar o problema câncer no país como um todo. Outro fator significativo é a dificuldade existente em se obter dados acerca de estadiamento e taxas de sobrevivência para os principais tipos de câncer. Exceto por publicações de séries de casos feitas por iniciativas individuais ou institucionais, pouco se conhece. Conhecer a realidade implica também em conhecer o estágio clínico em que a doença é diagnosticada e monitorar os resultados do tratamento.

Registros hospitalares de câncer são fundamentais para a obtenção destas informações. Neste número da Acta Oncológica Brasileira são apresentados os resultados preliminares dos primeiros casos incluídos prospectivamente no registro hospitalar de câncer do Hospital A. C. Camargo. Nestes resultados fica evidente o estágio avançado em que a doença é diagnosticada em nosso meio. Eles servem para reforçar a idéia de quanto é preciso investir na formação profissional e em programas de esclarecimento para a população para que este quadro lamentável seja modificado. Estes dados também enfatizam a necessidade de investimentos maciços em prevenção primária e secundária. Se estas medidas não forem tomadas de imediato, o crescente número de casos da doença, dado o aumento da longevidade, exigirá que mais e mais recursos sejam investidos com assistência médica. O câncer continua sendo um dos maiores desafios da moderna medicina, mas os reais progressos na área de terapêutica obtidos nos últimos 20 anos restringem-se principalmente aos tumores pediátricos, linfomas e carcinomas de testículo. Com os avanços no conhecimento de biologia tumoral, hoje é possível compreender de maneira mais clara o processo de carcinogênese e os mecanismos de invasão e de metástases. Numa reflexão muito profunda, o prof. Rui Bevilacqua apresenta o desafio do cirurgião de câncer na atualidade e no futuro próximo. Está muito claro que o cirurgião que se limita a saber indicar, operar e cuidar do pós-operatório, embora possa fazê-lo muito bem, poderá não estar dando ao seu paciente a potencialidade do tratamento, tanto sobre o ponto de vista de cura quanto de reabilitação. O atual e futuro cirurgião oncológico obrigatoriamente deve ser um pesquisador, manter-se atualizado e desempenhar seu papel dentro de uma equipe multidisciplinar.

Dr. Luiz Paulo Kowalski

*Diretor do Depto de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital A. C. Camargo,
Diretor Científico da Acta Oncológica Brasileira.*

CÂNCER INICIAL DO ESÔFAGO TRATADO COM RADIOTERAPIA

Early esophageal cancer treated with radiotherapy

NILSON SOARES PIRES DE MENDONÇA¹ JADER JOSÉ DE CASTRO BARBOSA JÚNIOR²

Os autores relatam um caso de câncer inicial de esôfago tratado com radioterapia convencional.

Unitermos: Câncer do esôfago - radioterapia.

Keywords: Esophageal cancer - radiotherapy.

Trabalho realizado no Instituto Oncológico de Juiz de Fora - MG.

1 - Ex-Residente de Oncologia do INCa - RJ, Médico do Serviço de Oncologia do Instituto Oncológico de Juiz de Fora - MG.

2 - Acadêmico do 6º ano de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG.

Introdução

O câncer do esôfago está entre as neoplasias de pior prognóstico, com baixíssimo índice de sobrevida em 5 anos, atribuindo-se este fato ao diagnóstico tardio na maioria dos casos. Em nossa região, o encontro da doença em fase inicial não é comum, sendo, geralmente, ocorrência fortuita durante a investigação de patologias digestivas altas.

Tradicionalmente a cirurgia é o tratamento de escolha para os pacientes com doença inicial, porém, em alguns serviços, a radioterapia está sendo empregada com resultados satisfatórios. Apresentamos um caso de câncer inicial de esôfago tratado com radioterapia convencional.

Relato de caso

Um homem de 35 anos foi internado no dia 4/2/91 no Hospital da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG, com história de dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia após abuso na ingestão de bebida alcoólica. Ao exame clínico apresentava-se ativo, corado, hipodratado, com dor à palpação profunda do hipocôndrio direito e com peristalse audível. Evoluiu com hematêmese e acidose metabólica, necessitando de transferência para a unidade de tratamento intensivo. De-

Endereço para correspondência: R. Santos Dumont, 56 - Granbery
- CEP 36050-510 - Juiz de Fora - MG.

pois de dois dias o paciente foi submetido a esofagogastro-duodenoscopia, que revelou a presença de hérnia hiatal de deslizamento, esofagite grau 2 e de lesão vegetante de 1,5cm a 36cm dos incisivos. O estômago, piloro e duodeno não tinham alterações. O estudo histopatológico da referida lesão mostrou tratar-se de carcinoma epidermóide. Em 4/4/91 foi transferido para o Serviço de Radioterapia do Instituto Oncológico por não aceitar em definitivo a cirurgia proposta.

Após a realização de exames de rotina, o paciente foi submetido a tratamento com irradiações no período de 6/5/91 a 11/6/91 em aparelho de acelerador linear de 6 MeV com 2 campos de 12,5 x 8,5cm paralelos e opostos até a dose de 40 Gy, quando a aplicação foi restrita à área de estenose com a técnica de 3 campos angulados, visando proteger a medula espinhal, com a dose total de 54 Gy. Não houve intercorrências de importância neste período. Atualmente o paciente encontra-se em controle a nível ambulatorial, tendo retornado em algumas ocasiões com episódios de vômitos acompanhados de dores abdominais, atribuídos ao uso freqüente de bebida alcoólica. Não houve novos episódios de hematêmese. Os exames realizados em três oportunidades (outubro/91, outubro/93, setembro/94), não mostraram sinais de recidiva. A mucosa esofageana apresentava ligeiro espessamento em seu terço inferior, sinais de gastrite e esofagite leve.

Discussão

A melhor abordagem terapêutica para os indivíduos com câncer do esôfago ainda é questão aberta, sendo o tratamento de escolha a cirurgia ou a radioterapia, ou mesmo a combinação de ambas, todavia com baixíssimos índices de sobrevida em 5 anos (2, 3, 5, 9). Mais recentemente, alguns autores têm mostrado melhora dos resultados com a associação da quimioterapia (4, 7, 10).

O tumor inicial do esôfago é definido clinicamente por *Koehler* (8), como a lesão que, radiologicamente, tem até 3cm e envolve somente uma parede do órgão. A Japanese Society for Esophageal Cancer Disease (11), define como lesão inicial aquela que invade até a submucosa sem apresentar metástase ganglionar, de acordo com os achados cirúrgicos. Segundo *Nabeya et al.* (9), a sobrevida em 5 anos, excluindo outras causas de morte, é de 90% a 95% para aqueles indivi-

duos cujos tumores já invadiram até a muscular da mucosa, e de 75% quando atingem a submucosa. O mesmo autor cita que em 231 casos de neoplasia restrita ao epitélio nenhuma apresentava linfonodos positivos. Estes encontravam-se comprometidos em 5,7% e 35% de 365 casos com invasão muscular da mucosa e de 1.384 casos com invasão de submucosa, respectivamente. Obviamente, os indivíduos com doença em gânglios não são considerados portadores de câncer inicial, mesmo com lesão primária pequena. A sobrevida em 5 anos para aqueles com linfonodos comprometidos foi de 45%. O autor conclui que para aqueles com neoplasia inicial uma cirurgia radical é adequada e, em indivíduos de alto risco cirúrgico, outras formas de tratamento podem ser empregadas. *Hishikawa et al.* (6) trataram 5 indivíduos com radioterapia externa e "boost" intracavitário e relatam 3 pacientes vivos aos 46, 34 e 12 meses. Houve 2 óbitos, sendo 1 por doença recidivada. O autor defende o uso do reforço intracavitário para o aumento do controle local, apesar do maior risco de complicações.

Não há dúvidas que pequena porcentagem dos portadores de câncer do esôfago pode ser curada com a radioterapia, mas a relação entre dose e desaparecimento do tumor é desconhecida. Em estudo (12) envolvendo 47 pacientes submetidos à radioterapia pré-operatória e que não apresentavam tumor residual no estudo histopatológico de rotina, os autores notaram uma grande variação na dose suficiente para a esterilização, oscilando de 15 a 82 Gy.

No caso relatado o diagnóstico precoce da lesão só foi possível devido ao episódio único de hematêmese secundária a esofagite péptica, conforme mostrou a endoscopia. Infelizmente, não foi possível estabelecer a profundidade de invasão na parede pela lesão através da histopatologia, confirmando o aspecto clínico de tumor inicial. Como já mencionado, optou-se pelo tratamento radioterápico em razão da recusa do paciente em submeter-se à cirurgia. Muito embora a literatura (1) cite possíveis complicações agudas e tardias, conseqüentes à radioterapia, não observamos até o momento tais paraefeitos.

O desenvolvimento de métodos que permitam estabelecer para cada indivíduo a dose necessária para erradicar o tumor diminuirá a possibilidade de sobredose e o conseqüente risco de complicações, tornando esta opção de terapia segura e atraente.

Summary

The authors report a case of early esophageal cancer treated with conventional radiotherapy.

Referências bibliográficas

- 1 - CWIKIEL, M.; ALBERTSSON, M.; HAMBRAEUS, G. - *Acute and delayed effects of radiotherapy in patients with oesophageal squamous cell carcinoma treated with chemotherapy, surgery and pre- and postoperative radiotherapy.* Acta Oncol., 33: 49-53; 1994.
- 2 - EARLAN, R.; CUNHA-MELO, J. R. - *Oesophageal squamous cell carcinoma: a critical review of surgery.* Br J Sur., 67: 381-90, 1980.
- 3 - EARLAN, R.; CUNHA-MELO, J. R. - *Oesophageal squamous cell carcinoma treated with chemotherapy, surgery and pre- and postoperative radiotherapy.* Acta Oncol., 33: 49-53; 1994.

- cinoma: a critical review of radiotherapy. *Br J Surg.*, 67:461-87, 1980.
- 4 - FORASTIERE, A. A. et al. - Preoperative chemoradiation followed by transhiatal esophagectomy for carcinoma of the esophagus final report. *J Clin Oncol.*, 11:1118-3, 1990.
- 5 - CIGNOUS, M. et al. - The value of preoperative radiotherapy in esophageal cancer: results of a study of the EORTC. *World J Surg.*, 11:426-32, 1987.
- 6 - HISHIKAWA, Y.; TANAKA, S.; MIURA, T. - Early esophageal carcinoma treated with intracavitary irradiation. *Radiology*, 156:519-22, 1985.
- 7 - KELSEN, D. P., et al. - Preoperative therapy for esophageal cancer: a randomised comparison of chemotherapy versus radiation therapy. *J Clin Oncol.*, 8:1352-61, 1990.
- 8 - KOEHLER, R. E.; MOSS, A. A.; MARGULIS, A. R. - Early radiotherapy manifestations of the carcinoma of the esophagus. *Radiology*, 119:1-5, 1976.
- 9 - LAUNOIS, B. et al. - Preoperative radiotherapy for carcinoma of the esophagus. *Surg Gynecol Obstet.*, 157:690-3, 1981.
- 10 - LEICHMAN, L. et al. - Combined preoperative chemotherapy and radiation therapy for cancer of the esophagus: The Wayne State University, Southwest Oncology Group and Radiation Oncology Group experience. *Sem Oncol.*, 11:178-85, 1984.
- 11 - NABEYA, K. et al. - What is the ideal treatment for early esophageal cancer? *Endoscopy*, 25:670-1; 1993.
- 12 - ZANG-YI, Y. et al. - Disappearance of local tumor of esophageal carcinoma after irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.*, 10:2067-76, 1984.