

# Câncer do esôfago: cirurgia sem toracotomia?

JESUS PAN CHACON<sup>1</sup>, CLOVIS MASSAYUKI KOBATA<sup>2</sup>, JOSÉ CARLOS DEL GRANDE<sup>3</sup>,  
MÁRIO SILVA MONTEIRO<sup>2</sup>, NACIME SALOMÃO MANSUR<sup>4</sup>

Unitermos: Esofagectomia. Esôfago — Neoplasma.

Key words: Esophagus — Neoplasms. Esophagectomy.

**RESUMO** — Analisam-se os resultados imediatos obtidos em 33 portadores de neoplasia maligna do esôfago, submetidos a derivações internas ou à esofagectomia sem toracotomia.

Observou-se alta incidência de complicações pleuropulmonares (66,7%), de fístulas cervicais (33,3%) e mortalidade global de 28,6%.

Discutem-se as opções terapêuticas em doentes com câncer do esôfago, a importância de se prover uma qualidade de sobrevivência melhor e os resultados obtidos por outros autores no tratamento desta afecção.

## INTRODUÇÃO

O câncer do esôfago é uma afecção que se caracteriza por rápida consumpção e cujo diagnóstico implica sobrevivência curta, acompanhada por intenso sofrimento, estigmatizada pela disfagia, pelas complicações pulmonares e pela invasão de outras estruturas.

O tratamento cirúrgico não chega a ser considerado curativo, nem mesmo quando esofagectomias radicais são realizadas. Por outro lado, o tratamento paliativo, única opção em grande parte dos casos, visa exclusivamente o alívio da disfagia e das complicações pulmonares, jamais o prolongamento da vida<sup>(3,10,12,16,17,25,27,33,47,49)</sup>.

A abordagem cirúrgica sem toracotomia pretende, sobretudo, a redução da morbidade pós-operatória secundária à abertura da cavidade torácica, sem prejuízo significativo da radicalidade oncológica nas esofagectomias ditas "curativas".

Este trabalho tem por objetivo principal a apresentação dos resultados iniciais com esse tipo de abordagem. Trata-se de doentes operados na Disciplina de Gastrenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina, no período de 1982 a 1986.

rologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina, no período de 1982 a 1986.

## CASUÍSTICA

Foram analisadas 25 esofagectomias e oito derivações realizadas em portadores de carcinoma do esôfago, a partir de 1982, de um total de 60 doentes com câncer esofágico internados no mesmo período.

Foram utilizados como órgãos transpostos, o estômago (22 vezes = 75%) e o cólon (dez vezes), fazendo-se a transposição sempre durante a primeira operação, com exceção de dois casos, um dos quais não chegou a sofrer a segunda intervenção.

A cirurgia teve seu caráter considerado como "curativo" quando, a critério do cirurgião, toda a lesão pode ser ressecada. Em outros casos, com aderência firme do tumor às estruturas vizinhas, em que a extirpação do tumor só foi possível às custas de uma verdadeira "fratura do mesmo", a ressecção foi considerada paliativa. Obviamente, todas as derivações (*bypass*) tiveram caráter paliativo.

## RESULTADOS

Foram analisadas a morbidade e a mortalidade. A morbidade diz respeito, especialmente, às complicações pleuropulmonares e às fístulas cervicais, devendo ser registradas, entretanto, algumas outras complicações, tais como disfonia (três casos), fístula da anastomose colocó-

Trabalho realizado na Disciplina de Gastrenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina. São Paulo. Brasil. Recebido em 14.10.86. Aprovado para publicação em 22.10.86.

<sup>1</sup> Professor Titular; Chefe da Disciplina.

<sup>2</sup> Professor Assistente.

<sup>3</sup> Professor Adjunto.

<sup>4</sup> Pós-graduando (Mestrado).

lica (um caso) e dilatação gástrica atribuída à vagotomia (dois casos).

Ao todo, registraram-se complicações sobre 33 doentes, das quais as pleuropulmonares e as fistulas cervicais foram detectadas em 26 (78,8%), em alguns casos, simultaneamente.

As complicações pleuropulmonares incluem o pneumotórax secundário à abertura da pleura (seis vezes = 18,0%), os derrames pleurais (16 vezes = 48,4%), as pneumopatias intersticiais (quatro vezes = 12,0%) e a insuficiência respiratória aguda cuja etiologia não pôde ser determinada (uma vez).

A mortalidade global da série foi representada por nove casos (28,6%), correspondendo sete casos (22,0%) às ressecções e dois casos (6,6%) às derivações. A mortalidade por cirurgia "curativa" foi de quatro casos (12,1%) e aquela por cirurgia paliativa foi de cinco casos (16,5%).

Em nenhum caso a mortalidade deveu-se às fistulas cervicais. Em cinco casos (55,5%), com absoluta segurança, foi devida a complicações pleuropulmonares e, em três outros (33,3%), a pneumopatia participou do elenco de complicações que resultaram no óbito.

Verificou-se sério prejuízo da análise da sobrevida, em virtude de um número significativo de doentes ter deixado de comparecer ao ambulatório, já a partir do segundo ou terceiro mês de pós-operatório. Foi possível rever 18 doentes (75,0%), dos quais apenas quatro (22,2%) haviam sido submetidos à ressecção "curativa" há mais de 12 meses. Os doentes submetidos a derivações apresentaram, no máximo, nove meses de evolução pós-operatória.

No quadro 1 apresenta-se o resumo panorâmico da casuística analisada.

## DISCUSSÃO

Torna-se difícil comparar, criticamente, os resultados de procedimentos diferentes 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 (*bypass*), pelas derivações externas (estomias), pelas próteses e pela radioterapia.

A escolha da melhor forma de tratamento para cada situação é orientada e determinada por múltiplos fatores,

como sede e estadiamento da doença, natureza histológica, estado nutricional, risco clínico associado e, ainda, por que não dizer, pela experiência de cada autor. Há, finalmente, uma verdadeira concepção filosófica orientando, muitas vezes, a seleção do tratamento, sobretudo do paliativo.

As gastrostomias foram, e ainda são, os procedimentos mais freqüentemente utilizados em função, certamente, do estado geral e do estadiamento constatados na maioria dos doentes que conseguem hospitalização. Essa forma de palição não atua sobre a disfagia; destina-se apenas à alimentação do doente, o que, aliás, nem sempre é conseguido de forma simples e livre de inconvenientes.

O alívio da disfagia, e também das complicações pulmonares, secundárias ao refluxo esôfago-traqueal, é procurado através da esofagectomia cervical que, também, se caracteriza por algum insucesso e, principalmente, por morbidade local, que acrescenta sofrimento ao invés de reduzi-lo.

As próteses esofagianas, a par de importantes restrições quanto à sua disponibilidade, implicam em estabelecer, com a experiência que se irá adquirindo, a melhor forma de posicioná-las e as indicações precisas. De certa forma, algumas dessas indicações se sobrepõem às de ou-

QUADRO 1  
Resumo da casuística

Casuística e resultado		Ressecção	Derivação	Total
casuística		25	8	33
ôrgão	estômago	20	2	22
transposto	(*) cólon	4	6	10
caráter	"curativo"	19	—	19
da	operação	6	8	14
	fist. cervical	7	4	11
morbidade	(**) pneumopatia	18	4	22
	"curativa"	4	—	4
mortalidade	(***) paliativa	3	2	5

(\*) Um doente não foi submetido à reconstrução.

(\*\*) Vinte e seis pacientes (78,8%).

(\*\*\*) Nove pacientes (28,6%).

tros procedimentos paliativos, razão por que a escolha acaba por ser influenciada pela experiência acumulada, pela postura do cirurgião face ao problema e, mesmo, pela disponibilidade de um ou outro meio terapêutico. Deve-se considerar, em relação às próteses, o risco de perfuração do esôfago, seu deslocamento ascendente e, o mais comum, a obstrução por alimentos<sup>(7,10,22,26)</sup>.

Quanto à radioterapia, como forma única de tratamento, não tem conseguido firmar-se. Há, naturalmente, opiniões em contrário, apoiadas, sobretudo, na menor agressividade do método, com índices certamente mais baixos de morbidade e de mortalidade, associados a índices de sobrevida pelo menos semelhantes àqueles oferecidos pelas operações paliativas<sup>(35)</sup>. Por outro lado, a radioterapia tem sido associada à cirurgia, tanto no pré como no pós-operatório<sup>(19,26,45)</sup>.

O tratamento cirúrgico do câncer do esôfago sofreu uma transformação importante em sua realização técnica com a reintrodução recente da cirurgia sem toracotomia, proposta por Turner em 1933<sup>(48)</sup>. Com essa via de acesso, demonstra-se a exequibilidade da esofagectomia, ainda que enfrentando críticas sob o ponto de vista da radicalidade oncológica. Pretende-se, ainda, a obtenção de índices mais reduzidos de morbidade e de mortalidade pela não abertura da cavidade torácica. A ressecção pode ser executada por manobras de dissecação manual junto ao esôfago (às cegas) ou de dissecação facilitada pela abertura ampla do hiato esofágico. O esôfago é extirpado com ou sem inversão de suas paredes<sup>(18,31,32,33,37,39,45,46,47,52)</sup>.

Embora catalogadas como curativas, as esofagectomias, em realidade, nem sempre devem ser assim consideradas. Até porque, com alguma frequência, a extirpação do esôfago somente pode ser conseguida às custas de dissecação que acaba por "fraturar" o tumor. O fato é semelhante ao que ocorre durante toracotomias, quando a fixação da neoplasia às estruturas contíguas torna impossível a extirpação com dissecação em tecido sadio.

As derivações internas (*bypass*) não de ser encaradas como uma forma agressiva de tratamento paliativo, que se acompanham de taxas não desprezíveis de morbimortalidade, pelas razões já referidas ao caracterizar os doentes em que têm sido realizadas e à própria magnitude desse procedimento.

Justificam-se, entretanto, a nosso ver, por que se destinam, efetivamente, a uma atuação direta sobre a disfagia, ainda que de forma paliativa, 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<sup>(3,11,13,17,31,33,42,47,49,50)</sup>.

O restabelecimento do trânsito é executado por via retroesternal ou através do mediastino posterior, com o estômago ou o cólon<sup>(4,21,23,24,38,43,44)</sup>.

A conduta adotada assume taxas não pequenas de morbidade e de mortalidade operatórias, realidade que se aplica de modo especial aos doentes em que se realizam apenas as derivações esôfago-gástricas ou esôfago-cólicas. Em troca, visa a obtenção de alívio da disfagia e/ou redução das complicações respiratórias. Os resultados da literatura, nesse sentido, são muito difíceis de analisar, em face da grande variedade de fatores a serem considerados. Isto talvez explique por que os índices de fistulas e de complicações respiratórias e, sobretudo, os de mortalidade são tão discrepantes.

As fistulas cervicais oscilam entre zero e 60,9%<sup>(2,15,19,20,25,33,34,36,41,45,46,51)</sup>. De forma geral, são consideradas benignas quanto à sua interferência na mortalidade. Em nossa casuística ocorreram em 33,3% dos casos, também sem influírem sobre a mortalidade.

As complicações pleuropulmonares são referidas entre 13,3% e 67,0% dos casos, em sua maioria representadas por derrames pleurais (lesão intra-operatória), atelectasias e pneumonias<sup>(11,19,33,45,46,49,52)</sup>. Ocorreram em 66,7% nesta casuística, respondendo por 55,5% dos óbitos. Uma atuação mais efetiva, reduzindo o número de aberturas da pleura, punções e drenagens adequadamente indicadas e executadas, prevenção e tratamento de atelectasias e pneumonias que venham a ocorrer, poderá ser decisiva para a redução da mortalidade nesta cirurgia. Seus índices dependem, certamente, da experiência adquirida pelas diferentes equipes, não apenas quanto aos aspectos puramente técnicos, mas também quanto à seleção mais adequada dos doentes em termos de avaliação dos fatores de risco.

A taxa de mortalidade na casuística apresentada (28,6%) deve ser considerada alta, embora a literatura consigne valores que oscilam entre zero e 41,5%<sup>(5,6,11,12,14-17,19,20,25,27,33,34,36,40,41,46,47,49,51,52)</sup>.

Os valores costumam ser mais altos para as ressecções paliativas, assim como em função da sede do tumor<sup>(25)</sup>. Há, também, diferenças quando se analisam, em separado, as ressecções e as derivações<sup>(16)</sup>, ou quando são analisados, também separadamente, os órgãos transpostos<sup>(34)</sup>.

A mortalidade é nitidamente influenciada por fatores de risco, como idade, presença de fistulas com a árvore respiratória, comprometimento pulmonar e aparecimento de complicações sépticas<sup>(11,49)</sup>.

Não parece haver, ainda, acordo quanto à possível influência da nutrição parenteral sobre uma efetiva redução da mortalidade<sup>(15)</sup>. De qualquer forma, impressionam os resultados publicados por autores chineses<sup>(51)</sup> e também por Akiyama<sup>(3-6)</sup>, ambos dando preferência às ressecções com toracotomia.

O índice de ressecabilidade foi avaliado em 41,7% nesta casuística, quando considerado apenas o período em que se passou a adotar como operação preferencial a esofagectomia sem toracotomia. A literatura refere valores que oscilam entre 30,0 e 94,1%<sup>(1,8,12,16,17,20,25,27,40,41,52)</sup>.

Há que considerar, entretanto, o fato de que alguns autores, para valores muito altos de ressecabilidade global (83,0%), conseguem fazer ressecções curativas em apenas 15,0% dos casos<sup>(12)</sup>. De outro lado, ressecções com invasão local são referidas em percentagens bem inferiores às globais (60,0%)<sup>(36)</sup>.

A sobrevida média global encontra-se entre sete e 12 meses, naturalmente influenciada por fatores como ressecções ou derivações, ressecções curativas ou paliativas, sede do tumor, entre outros. Quanto à sobrevida de cinco anos, parece estar dividida entre autores com 5,0 a 15,0% dos casos<sup>(12,16,20,25,34,40,41)</sup> e outros com valores acima de 30,0% dos casos<sup>(15,25,51)</sup>. Mais uma vez, há que considerar em separado as ressecções paliativas (2,3% com cinco anos), das curativas (28,0%)<sup>(25)</sup>; daquelas com linfonodos comprometidos (15,3%) e sem linfonodos atingidos (53,8%) ou o grupo de Peking-China (6,3 e 47,9%, respectivamente)<sup>(51)</sup>.

A cirurgia paliativa acaba por ser uma opção para cerca de 60,0% dos doentes, com mortalidade de 30,0 a 40,0% para as derivações e de 10,0 a 43,0% para as gastrostomias<sup>(16,49)</sup>.

A cirurgia visa aliviar a disfagia e, se possível, prolongar a vida. A essas duas questões, tão importantes para a defesa de uma conduta quase que filosoficamente adotada, ainda não nos consideramos em condições de responder.

Aparentemente, parece razoável continuar adotando uma conduta cirúrgica certamente mais agressiva, visto que a experiência pessoal prévia, apoiada em "gastrostomias e/ou radioterapia (palição)" e "esofagectomias com toracotomia em dois tempos", não correspon-

deu à expectativa pessoal e, muito menos, à dos doentes tratados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa experiência com a cirurgia do câncer do esôfago compreende uma fase até 1982, em que a via de acesso incluía a toracotomia e, outra, iniciada no mesmo ano, sem toracotomia. Entre ambas as séries parece ter mudado, apenas, nossa disposição para a realização dessa cirurgia, especialmente no que se refere às operações paliativas por derivação interna. A esofagectomia é exequível e bastante facilitada pela abertura ampla do hiato. A falta de radicalidade oncológica que a acompanha torna paliativa em vários casos, o que, em realidade, ocorre também quando se executa a ressecção com toracotomia.

As complicações pleuropulmonares são muito frequentes e, por sua gravidade, devem merecer cuidados especiais, preventivos e curativos, o que poderá reduzir significativamente a taxa de mortalidade. São altos os índices de fistulas cervicais, ainda que a mortalidade não tenha sido substancialmente afetada por elas. Há, de nossa parte, preferência acentuada pela reconstrução com o estômago, muito embora a análise dos resultados nem sempre autorize essa "preferência".

A comparação da morbimortalidade entre as duas séries também não parece autorizar, ainda, uma preferência pela ressecção sem toracotomia. Talvez, até, o inverso fosse mais próximo do verdadeiro se não houvesse a considerar que, na série anterior, com toracotomia, houve um número significativo de doentes em que a cirurgia se restringiu à ressecção no primeiro tempo e a reconstituição do trânsito nunca chegou a ser realizada.

Finalmente, a sobrevida, ainda que não tenha sido possível analisá-la detalhadamente, não parece ter sido influenciada pela modificação da via de acesso. O panorama geral continua semelhante ao do passado, nesse aspecto. Há, entretanto, uma disposição diferente para tentar oferecer melhor qualidade de vida, ainda que assumindo o alto custo dessa filosofia.

## SUMMARY

*Esophagectomy (without thoracotomy) or internal bypass (for dysphagia palliation) were performed in 33 esophageal carcinoma.*

*The immediate results showed high incidence of pleuro-pulmonary complications (66.7%) and cervical fistulae (33.3%). The mortality rate was 28.6%.*

*Therapeutic options are discussed and emphasized the efforts to promote better quality of life for patients with esophageal carcinoma.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKIYAMA, H et al The esophageal axis and its relationship to the carcinoma of the esophagus. *Ann. Surg.* 176: 30-36, 1972.
- AKIYAMA, H Esophageal anastomosis. *Arch. Surg.* 107: 512-514, 1973.
- AKIYAMA, H et al A simple esophageal bypass operation by the high gastric division. *Surgery*, 75: 674-681, 1974.
- AKIYAMA, H et al Total esophageal reconstruction after extraction of the esophagus. *Ann. Surg.* 182: 547-552, 1975.
- AKIYAMA, H et al Resection and reconstruction for carcinoma of the thoracic oesophagus. *Br. J. Surg.* 63: 206-209, 1976.
- AKIYAMA, H et al Use of the stomach as an esophageal substitute. *Ann. Surg.* 188: 606-610, 1978.
- ANGORN, IB Intubation in the treatment of carcinoma of the esophagus. *World J. Surg.* 5: 535-541, 1981.
- ANGORN, IB et al Pulsion intubation vs. rethoracic gastric bypass for palliation of unresectable carcinoma of the upper thoracic oesophagus. *Br. J. Surg.* 70: 335-338, 1983.
- ARTIGAS, GV et al Tunelização permanente no câncer irredutível do esôfago e da cárdia. *Rev. Paul. Med.* 80: 191-194, 1972.
- ASTE, H et al Esophageal dilatation in malignant dysphagia. *Ann. Surg.* 56: 2.713-2.715, 1985.
- BAKER, JW et al Management of panesophageal cancer by blunt resection without thoracotomy and reconstruction with stomach. *Ann. Surg.* 203: 491-499, 1986.
- BELSEY, R et al An exclusive right thoracic approach for cancer of the middle third of the esophagus. *Ann. Thorac. Surg.* 18: 1-15, 1974.
- BRANDALISE, NA et al Utilização do tubo gástrico na reconstrução do trânsito digestivo em neoplasias do esôfago e junção esôfago-gástrica. *Rev. Col. Bras. Cir.* 12: 152-155, 1985.
- CHASSIN, JL Esophagogastrectomy: data favoring end-to-side anastomosis. *Ann. Surg.* 188: 22-27, 1978.
- DALY, JM et al Parenteral nutrition in esophageal cancer patient. *Ann. Surg.* 196: 203-208, 1982.
- EARLAM, R et al Oesophageal squamous cell carcinoma: a critical review of surgery. *Br. J. Surg.* 67: 381-390, 1980.
- ELLIS Jr, FR et al Surgery for carcinoma of the lower esophagus and cardia. *World J. Surg.* 5: 527-533, 1981.
- FERREIRA, ÉAB et al Esophagectomy followed by esophago-gastroplasty through the posterior mediastinum without thoracotomy. *Chir. Gastroenterol.* 10: 347-350, 1986.
- GARVIN, PJ et al Extrathoracic esophagectomy in the treatment of esophageal cancer. *Am. J. Surg.* 140: 772-778, 1980.
- GIULI, I et al Resultats a distance du traitement chirurgical des cancers de l'esophage (a propos de 778 tumeurs resequees). *Ann. Chir.* 26: 839-842, 1972.
- GOFFI, FS et al Técnica para esofagocoloplastia: preservação de pediculos vasculares cólicos. *Rev. Ass. Med. Brasil.* 20: 201-202, 1974.
- GRAHAM, DY et al What is the role of prosthesis insertion in esophageal carcinoma? *Gastrointest. Endosc.* 29: 1-5, 1983.
- IKEDA, N et al Two stage operation using isoperistaltic gastric tube for cancer of the thoracic esophagus. *Chir. Gastroenterol.* 9: 169-176, 1975.
- LAM, KH et al Pharyngogastric anastomosis following pharyngolaryngoesophagectomy: analysis of 157 cases. *World J. Surg.* 5: 509-516, 1981.
- MAILLET, P et al Carcinoma of the thoracic esophagus. Results of one stage surgery: 271 cases. *Am. J. Surg.* 143: 629-634, 1982.
- MALFAIA, O et al Tunelização esofágica como opção para o tratamento paliativo do câncer do esôfago (apresentação de um tubo com dois estágios). *Rev. Col. Bras. Cir.* 5: 63-74, 1978.
- McKEOWN, KC Resection of midesophageal carcinoma with esophagogastric anastomosis. *World J. Surg.* 5: 517-525, 1981.
- MERCURIO NETTO, S et al Tratamento cirúrgico do câncer do esôfago associado à radioterapia: conduta e resultados. *Rev. Ass. Med. Brasil.* 22: 341-347, 1976.
- ONG, GB Unresectable carcinoma of the oesophagus. *Ann. Royal Coll. Surg. Engl.* 6: 3-14, 1975.
- ONG, GB Progress in the treatment of carcinoma of the esophagus: introduction. *World J. Surg.* 5: 487-488, 1981.
- ORRINGER, MB et al Substernal gastric bypass of the excluded thoracic esophagus for palliation of esophageal carcinoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 70: 836-851, 1975.
- ORRINGER, MB et al Esophagectomy without thoracotomy. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 76: 643-654, 1978.
- ORRINGER, MB et al Esophagectomy without thoracotomy: a dangerous operation? *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 85: 72-80, 1983.
- PARKER, EF et al Esophageal resection and replacement for carcinoma. *Ann. Surg.* 187: 629-633, 1978.
- PEARSON, JG Radiotherapy for esophageal carcinoma. *World J. Surg.* 5: 489-497, 1981.
- PICCONE, VA et al Reappraisal of esophagogastrectomy for esophageal malignancy. *Am. J. Surg.* 137: 32-38, 1979.
- PINOTTI, HW et al Esophagectomy by cervico-abdominal approach, incision of diaphragm and transmediastinal extrapleural dissection. *Chir. Gastroenterol.* 12: 223-232, 1978.
- PINOTTI, HW et al Revisão e análise crítica das técnicas de restabelecimento do trânsito esofágico. *Ann. Paul. Med. Cir.* 105: 127, 1978.

39. PINOTTI, HW et al Esofagectomia por via cervico-abdominal sin toracotomia: sus aplicaciones en el tratamiento del cancer de esofago. Quiron, 13: 8-13, 1982.
40. POSTLETHWAIT, RW Esofagectomy without thoracotomy: Editorials. Ann. Thorac. Surg. 27: 395-396, 1979.
41. POSTLETHWAIT, RW Colonic interposition for esophageal substitution. Surg. Gynecol. Obstet. 156: 377-383, 1983.
42. ROSENBERG, D Câncer do terço médio do esôfago: considerações sobre a via de acesso e reconstrução do trânsito a propósito de 1 caso de esofagoplastia com tubo de polietileno. Rev. Med. Cir. S. Paulo, 16: 541-572, 1956.
43. SILVA, PFA et al Importância da preservação de pedículos vasculares nas esofagocoloplastias. Rev. Ass. Med. Brasil. 20: 219-222, 1974.
44. SILVER CE Surgical treatment of hypopharyngeal and cervical cancer. World J. Surg. 5: 499-507, 1981.
45. STEWART JR Transhiatal (blunt) esophagectomy for malignant and benign esophageal disease: clinical experience and technique. Ann. Thorac. Surg. 40: 343-348, 1985.
46. SZENTPETERY, S et al Pull-through esophagectomy without thoracotomy for esophageal carcinoma. Ann. Thorac. Surg. 27: 399-403, 1979.
47. TINOCO, RC et al Tratamento cirúrgico do carcinoma do esôfago. Rev. Bras. Cir. 75: 297-307, 1982.
48. TURNER, GG Excision of the thoracic oesophagus for carcinoma with construction of an extra-thoracic gullet. Lancet, 2: 1.315-1.316, 1933.
49. WONG, J et al Results of the Kirschner operation. World J. Surg. 5: 547-552, 1981.
50. XIMENES NETO, M Desvio retrosternal com o estômago no carcinoma inoperável do esôfago. Rev. Bras. Cir. 68: 5-10, 1978.
51. YING-K'AI, W et al Chinese experience in the surgical treatment of carcinoma of the esophagus. Ann. Surg. 190: 361-365, 1979.
52. ZILBERSTEIN, B et al Complicações imediatas da esofagectomia subtotal no câncer do esôfago. Rev. Col. Bras. Cir. 3: 119-122, 1981.

**O que acontece quando você discar (011) 270-1233, de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas.**

Na hora que você liga, uma voluntária da **Rede Feminina de Combate ao Câncer** atende e pede o número da informação que você escolheu (de 1 a 60, lembre-se).

A resposta à sua consulta é uma gravação que dura até 2 1/2 minutos e que, no final, desliga o seu telefone, automaticamente.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 01 - O que é câncer?  | 21 - Os efeitos do fumo em não-fumantes e os direitos que estes têm. | 42 - O que é "Teste Papanicolau", que toda mulher deve fazer uma vez por ano? |
| 02 - Palavras do capelão de um hospital.                                | 22 - O fumo e os problemas dentários.                                | 43 - Câncer da vagina e doenças venéreas.                                     |
| 03 - Câncer no adulto.  | 23 - O perigo do fumo na gravidez.                                   | 44 - Câncer da mama no homem.   |
| 04 - Câncer no cérebro.   | 24 - Diálogo sobre fumar e ter saúde.                                | 45 - Câncer da próstata.  |
| 05 - Câncer da boca.  | 25 - Câncer e álcool.  | 46 - Câncer do pênis e doenças venéreas.                                      |
| 06 - Câncer da garganta.  | 26 - Tumores dos olhos.  | 47 - Quimioterapia.   |
| 07 - Câncer da tireóide.  | 27 - Leucemia na criança.  | 48 - Métodos não aprovados para o tratamento do câncer.                       |
| 08 - Câncer da tireóide após tratamento radioativo de cabeça e pescoço. | 28 - Linfomas da criança.  | 49 - Perguntas que o povo faz sobre o câncer - I.                             |
| 09 - Câncer da laringe.   | 29 - Tumor do rim da criança.  | 50 - Perguntas que o povo faz sobre o câncer - II.                            |
| 10 - Reabilitação da fala após o câncer da laringe.                     | 30 - Neuroblastoma da criança.                                       | 51 - Câncer do baço.  |
| 11 - Câncer do esôfago.   | 31 - Aumento do baço na criança.                                     | 52 - Mieloma.   |
| 12 - Câncer do estômago.  | 32 - Doença de Hodgkin.  | 53 - Leucemia do adulto.  |
| 13 - Câncer do fígado.  | 33 - Câncer dos ossos e na coluna vertebral.                         | 54 - Novos tratamentos.   |
| 14 - Câncer do pâncreas.  | 34 - Câncer da pele.   | 55 - Imunologia.  |
| 15 - Câncer do rim.   | 35 - Melanoma maligno (verrugas, pintas, etc.).                      | 56 - AIDS.  |
| 16 - Câncer da bexiga.  | 36 - Linfomas e melanomas múltiplos.                                 | 57 - Câncer do sistema nervoso.   |
| 17 - Descoberta precoce do câncer no intestino.                         | 37 - Câncer da mama.   | 58 - Infecção na criança com câncer.  |
| 18 - Câncer no intestino e no ânus.                                     | 38 - Câncer do seio - Aprenda a examinar os seios.                   | 59 - Raios laser e câncer.  |
| 19 - Que é câncer do pulmão?  | 39 - Mamografia.   | 60 - Tomografia computadorizada.  |
| 20 - Sintomas e tratamento do câncer no pulmão.                         | 40 - Câncer do ovário.   |   |
|   | 41 - Câncer do útero.  |   |