

Recidiva de carcinoma esofágiano transposto pós-esofagectomia sem toracotomia

JESUS PAN CHACON¹, CLOVIS MASSAYUKI KOBATA², BENEDITO HERANI FILHO³

Unitermos: Câncer do esôfago. Esofagectomia. Recidiva de carcinoma esofágiano. Hemorragia digestiva alta.

Key words: Esophageal carcinoma. Esophagectomy. Esophageal carcinoma recurrence. Upper gastrointestinal haemorrhage.

RESUMO — São apresentados cinco doentes com carcinoma espinocelular de esôfago, recidivado no estômago transposto ao tórax, pelo mediastino posterior, após ressecção esofágica sem toracotomia. A infiltração dos bordos da ressecção é motivo conhecido de recidiva na anastomose, como ocorreu em um dos doentes. A recidiva do carcinoma no corpo gástrico, com a anastomose preservada, manifestada por sangramento digestivo alto, parece ser ocorrência rara e pode ser explicada pelo crescimento do tumor residual no mediastino, invadindo por contiguidade a parede do estômago transposto. Dessa maneira, enfatiza-se a falta de radicalidade oncológica quando se realiza a ressecção sem toracotomia e a inconveniência de se utilizar o leito esofágiano (mediastino posterior) para a reconstrução do trânsito.

INTRODUÇÃO

Os doentes com câncer têm sido submetidos a esofagectomia sem toracotomia como opção de tratamento cirúrgico^(8,12,22-24,27,28,31-34). Entretanto, mesmo nas situações em que a ressecção possa ter sido considerada curativa devido à aparente extirpação macroscópica de todo o tecido tumoral, discute-se a falta de radicalidade oncológica por não se ter utilizado a toracotomia como via de acesso, em princípio, indispensável, para a perfeita ressecção de todo o tecido neoplásico e dos linfonodos periesofágianos.

Realizada ou não a esofagectomia, tem-se preferido anastomose com o estômago com a finalidade de reconstruir o trânsito^(2,12,16,17,27,36).

A evolução pós-operatória tem demonstrado, como resultados iniciais, a recuperação do estado geral e, mais

do que isso, a possibilidade de estes doentes voltarem a se alimentar por via oral^(5,7,10,11,24,25,31).

Dentre os doentes submetidos à esofagectomia sem toracotomia e com reconstrução do trânsito realizada por transposição do estômago, foram reinternados cinco deles com quadro de sangramento digestivo do trato superior e que são apresentados neste trabalho.

CASUÍSTICA

Foram submetidos à esofagectomia sem toracotomia, com reconstrução esofagogástrica, 20 de um total de 33 doentes com câncer espinocelular do esôfago, na Disciplina de Gastreenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina. Transcorridos períodos variáveis de pós-operatório (5,5 a 16,0 meses), foram reinternados cinco doentes com quadro de sangramento digestivo. Submetidos a exames endoscópicos, verificou-se, em todos, a presença de extensas lesões ulceradas, de características macroscópicas tipicamente malignas, situadas ao longo da curvatura menor do estômago transposto. Estas lesões ulceradas situavam-se, em quatro doentes, na região de transição corpo-antral, mantendo intacta a mu-

Trabalho realizado na Disciplina de Gastreenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina. Aprovado para publicação em 14.7.87.

¹ Professor Titular, Chefe da Disciplina.

² Professor Assistente.

³ Professor Adjunto.

cosa da porção proximal do estômago. Em um doente, cujo espécime de ressecção cirúrgica havia revelado infiltração da margem proximal pela neoplasia maligna, a lesão ulcerada situava-se próxima à anastomose esofagogastrica.

Em relação à infiltração de linfonodos regionais, observou-se que, em um doente, o exame histopatológico havia detectado comprometimento pela neoplasia. Nos demais doentes, os 51 linfonodos examinados mostraram-se livres do carcinoma.

O carcinoma espinocelular de grau moderadamente diferenciado foi diagnosticado em três doentes, enquanto que, em outros dois, a neoplasia foi considerada bem diferenciada.

As biópsias realizadas por ocasião do exame endoscópico a que foram submetidos, ao serem reinternados, revelaram, em quatro doentes, presença de infiltração de mucosa gástrica por carcinoma espinocelular. Em um doente, o resultado da biópsia (processo inflamatório crônico) não pôde ser confirmado através de nova colheita de fragmentos da mucosa gástrica, em vista do falecimento do doente.

No quadro apresentam-se os resumos dos cinco casos analisados.

QUADRO
Resumo da casuística

Nº	PO (meses)	Dados da operação	AP (bióps.)
(1)	5,5	terço médio; CEC mod. dif.; margens livres; linfonodos 1/5	CEC
(2)	16,0	terço inferior; CEC mod. dif.; margens livres; linfonodos 0/9	CEC
(3)	7,0	terço médio; CEC mod. dif.; margem prox. comprometida; linfonodos 0/18	inflam.
(4)	15,0	terço inferior; CEC bem dif.; margens livres; linfonodos 0/8	CEC
(5)	11,0	terço médio; CEC bem dif.; margens livres; linfonodos 0/18	CEC

PO — tempo de pós-operatório; CEC — carcinoma espinocelular; AP — anatomopatológico (biópsia endoscópica).

Nenhum destes doentes chegou a ser reoperado. Um deles faleceu em caquexia. Os demais receberam alta hospitalar após compensação hemodinâmica e reposição de sangue.

DISCUSSÃO

Apesar do conhecimento da possível falta de radicalidade oncológica em esofagectomias realizadas sem toracotomia, a operação tem sido executada na tentativa de obter-se a cura ou, então, paliativamente, o tratamento da disfagia. Este objetivo tem sido atingido às custas, é verdade, de índices de morbidade e de mortalidade variáveis, porém geralmente elevados^(1,3-6,9,11,13,14,19-21,24-29-33,35).

O índice de sobrevida, de maneira geral, não tem sofrido alterações significativas e, para a maioria dos doentes, a recidiva da neoplasia tem-se manifestado em prazos não muito longos do período pós-operatório^(6,7,10,11,14,19,20,24-26,30,33).

As recidivas têm sido constatadas em linfonodos do mediastino e do espaço retroperitoneal, em órgãos e estruturas intraperitoneais (carcinomatose), na anastomose cervical ou raramente em osso e em vasos de grande calibre como a aorta^(5,13,18,19,24,31).

Apesar da ocorrência de lesões as mais diversas em órgãos transpostos, não têm sido relatadas recidivas da neoplasia nestes órgãos, a não ser junto à anastomose cervical, provavelmente por infiltração das margens de ressecção cirúrgica, como ocorreu em um dos doentes desta casuística^(5,13,17,30,32,33).

As recidivas detectadas distalmente à anastomose, sem comprometê-la, poderiam ocorrer por invasão pelo tecido neoplásico residual no mediastino, quando a reconstrução tiver sido realizada utilizando-se o próprio leito esofágico. Pode-se inferir, dessa maneira, que, pela rara probabilidade de a esofagectomia sem toracotomia ter sido curativa, a reconstrução do trânsito deva ser realizada preferencialmente por via retrosternal. Nos doentes desta casuística, havia sido utilizado o leito do esôfago extirpado.

Outro aspecto a ser ressaltado é o da necessidade de acurados exames, pré e intra-operatórios, dos órgãos a serem utilizados para a reconstrução do trânsito alimentar, a fim de se diagnosticar lesões concomitantes que, eventualmente, possam alterar a conduta operatória⁽²⁸⁾. Evidentemente, quando na presença de neoplasias obstrutivas do esôfago, a análise da mucosa gástrica torna-se precária no pré-operatório; nessas situações, não infrequentes, a avaliação intra-operatória transforma-se na única maneira de se avaliar a presença de lesões gástricas porventura existentes. Em dois doentes desta casuística, a neoplasia obstrutiva não havia permitido a análise

pré-operatória da mucosa gástrica através da fibroendoscopia. Em três doentes havia sido detectada presença de hiperemia (gastrite) e, em todos, o cirurgião considerou normal o estômago utilizado para a reconstrução.

Finalmente, o acompanhamento periódico no pós-operatório, incluindo-se os exames endoscópicos de repetição, poderá detectar lesões que porventura venham a surgir nestes doentes, apesar de o tratamento a ser indicado de início provavelmente estar prejudicado pela evolução em que se encontra o tumor.

SUMMARY

Esophagectomy without thoracotomy and esophago-gastric anastomosis by gastric transposition were performed in 20 patients with esophageal carcinoma. Five of these patients were reviewed with upper gastrointestinal haemorrhage whose endoscopic examination proved a gastric malignant ulceration. The biopsy specimens detected squamous carcinoma in four of these patients. The authors draw attention to the lack of the oncology radicality for this operation and the posterior mediastinum impropriety to the reconstruction of the alimentary tract.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKIYAMA, H Esophageal anastomosis. Arch. Surg. 107: 512-514, 1973.
- 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.
- 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 esofagogástrica. Rev. Col. Bras. Cir. 12: 152-155, 1985.
- CHACON, JP et al Câncer do esôfago: cirurgia sem toracotomia? Acta Oncol. Bras. 7: 23-28, 1987.
- DALY, JM et al Parenteral nutrition in esophageal cancer patients. 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, FH et al Surgery for carcinoma of the lower esophagus and cardia. World J. Surg. 5: 527-533, 1981.
- FERREIRA, EAB et al Esophagectomy followed by esophago-gastroplasty through the posterior mediastinum without thoracotomy. Chir. Gastroenterol. 10: 347-350, 1976.
- GARVIN, PJ et al Extrathoracic esophagectomy in the treatment of esophageal cancer. Am. J. Surg. 140: 772-778, 1980.
- GIULI, I et al Resultats of distance du traitement chirurgical des cancers de l'esophage (a propos de 778 tumeurs resequees). Ann. Chir. 26: 839-842, 1972.
- GRAHAM, DY et al What is the role of prosthesis insertion in esophageal carcinoma? Gastroint. Endosc. 29: 1-5, 1983.
- IKEDA, N et al Two stage operation using an 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.
- LE TIAN, X et al Surgical treatment of carcinoma of the esophagus and cardiac portion of the stomach in 850 patients. Ann. Thorac. Surg. 35: 542-547, 1983.
- MAILLET, P et al Carcinoma of the thoracic esophagus. Results of one stage surgery: 271 cases. Am. J. Surg. 143: 629-634, 1982.
- McKEOWN, DC Resection of midesophageal carcinoma with esophago-gastric anastomosis. World J. Surg. 5: 517-525, 1981.
- 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.
- 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 Esophagectomia por via cervico-abdominal sin toracotomia. Sus aplicaciones en el tratamiento del cancer de esofago. Quiron, 13: 8-13, 1982.
- POSTLETHWAIT, RW Esophagectomy without thoracotomy: editorials. Ann. Thorac. Surg. 27: 395-396, 1979.
- POSTLETHWAIT, RW Colonic interposition for esophageal substitution. Surg. Gynecol. Obstet. 156: 377-383, 1983.

31. STEWART, JR et al Transhiatal (blunt) esophagectomy for malignant and benign esophageal disease: clinical experience and technique. *Ann. Thorac. Surg.* 40: 343-348, 1985.
32. SZENTPETERY, S et al Pull-through esophagectomy without thoracotomy for esophageal carcinoma. *Ann. Thorac. Surg.* 27: 399-403, 1979.
33. TINOCO, RC et al Tratamento cirúrgico do carcinoma do esôfago. *Rev. Bras. Cir.* 75: 297-307, 1982.
34. TURNER, GG Excision of the thoracic oesophagus for carcinoma construction of an extra-thoracic gullet. *Lancet*, 2: 1.315-1.316, 1933.
35. WONG, J et al Results of the Kirschner operation. *World J. Surg.* 5: 547-552, 1981.
36. XIMENES NETO, M Desvio retrosternal com o estômago no carcinoma inoperável de esôfago. *Rev. Bras. Cir.* 68: 5-10, 1978.

O que acontece quando você disca (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. | |