

# Tratamento dos Tumores de Esôfago. Experiência do Hospital de Oncologia

DR. JURANDIR DE ALMEIDA DIAS

*Chefe do serviço de cirurgia oncológica do Hospital de Oncologia do Rio de Janeiro*

DR. MARCOS PIRES E ALBUQUERQUE

*Cirurgião assistente do serviço de cirurgia oncológica do Hospital de Oncologia do Rio de Janeiro*

## RESUMO

*Os autores analisam 74 casos de pacientes portadores de câncer do esôfago tratados no Hospital de Oncologia, R.J. Mostram a rotina de tratamento para estes doentes de acordo com o estadiamento, tecem comentários sobre a evolução destes tumores e apresentam as taxas de sobrevida alcançadas com as várias condutas utilizadas.*

## INTRODUÇÃO

O câncer do esôfago tem se mostrado como o de pior prognóstico nos tumores do aparelho digestivo.

Sua taxa de sobrevida, com as várias táticas de tratamento existentes, atinge apenas 3% em 5 anos nos melhores centros médicos dos E.U.A.

Portanto, compartilhamos da opinião de que o carcinoma epidermóide de esôfago é usualmente incurável e o obje-

tivo terapêutico primário deve ser a palição. A cura é importante, porém difícil de ser alcançada.<sup>7</sup>

## MATERIAL E MÉTODOS

A incidência do câncer do esôfago ganha maiores proporções em nosso meio principalmente em classes sociais mais baixas onde existem más condições de higiene e desnutrição, constituindo-se em grave problema de ordem médico-so-

cial em virtude do seu difícil controle. Em 1980, entendendo a necessidade de se criar um grupo de estudos específico para a abordagem dos pacientes portadores de câncer do esôfago, começamos a adotar uma série de medidas no sentido de agilizar o diagnóstico e tratamento destes pacientes. Conceituamos estes casos como urgências e damos a eles prioridade na internação e no tratamento. Desenvolvemos condutas alternativas, que não fossem apenas a radioterapia ou as gastrostomias para os casos mais avançados.

De janeiro de 1980 a julho de 1982, recebemos no Hospital de Oncologia 74 pacientes portadores de câncer do esôfago significando uma média de 3 pacientes por mês.

Inicialmente procedemos ao estadiamento da doença reali-

zando de rotina os exames especificados no quadro 1. Estes exames nos permitem uma satisfatória avaliação da extensão da doença e conseqüente estadiamento.

ESTADIAMENTO NO CÂNCER DE ESÔFAGO	
1	Exame Clínico
2	Raios X de Tórax
3	Seriografia Esôfago-Gastro-Duodenal
4	Esofagoscopia com Biópsia e Citologia
5	Broncoscopia com Citologia

**Quadro 1** – Rotina de procedimento para determinação do estadiamento clínico.

O estadiamento por nós utilizado segue a orientação do "American Joint Commission for Staging and End-Result Reporting" que estabelece os critérios discriminados no quadro 2.

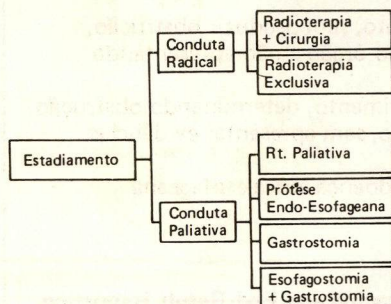
ESTADIAMENTO EM GRUPOS			
ESTÁDIO I – CERVICAL E INTRATORÁCICO: T1 NO MO			
ESTÁDIO II	CERVICAL	T1 T2	N1, N2 MO NO, N1, N2 MO
	INTRATORÁCICO:	T2	NO MO
ESTÁDIO III	CERVICAL	T3 Qualquer T	Qualquer N MO N3 MO
	INTRATORÁCICO:	Qualquer T	N1 MO
ESTÁDIO IV – CERVICAL E INTRATORÁCICO Qualquer T Qualquer N M1			
<b>TNM – American Joint Commission For Staging and End-Result Reporting.</b>			
T <sub>0</sub> – Ausência de demonstração de tumor no esôfago			
T <sub>xs</sub> – Carcinoma in situ			
T <sub>1</sub> – Tumor com até 5 cm de comprimento, sem produzir obstrução, sem comprometer toda a circunferência do órgão e não apresentando evidências de doença extra-esofageana			
T <sub>2</sub> – Tumor com mais de 5 cm de comprimento, determinando obstrução, envolvendo toda a circunferência do órgão, sem apresentar evidências de doença extra-esofageana			
T <sub>3</sub> – Qualquer tumor com evidências de doença extra-esofageana			
<b>TNM – American Joint Commission For Staging and End-Result Reporting.</b>			
Condição dos linfonodos para os tumores do esôfago cervical.			
N <sub>0</sub> – Ausência de linfonodos clinicamente palpáveis			
N <sub>1</sub> – Linfonodo palpável, móvel e unilateral			
N <sub>2</sub> – Linfonodo palpável, móvel e bilateral			
N <sub>3</sub> – Linfonodo palpável e fixo			
Condição dos linfonodos para os tumores do esôfago torácico.			
N <sup>-</sup> – Ausência de linfonodos comprometidos nos achados anátomo-patológicos			
N <sup>+</sup> – Presença de linfonodos comprometidos nos achados anátomo-patológicos			
<b>TNM – American Joint Commission For Staging and End-Result Reporting.</b>			
M <sub>0</sub> – Sem evidência de metástases à distância			
M <sub>1</sub> – Com evidência de metástases à distância para outros órgãos ou para linfonodos do abdome ou pescoço nos tumores do esôfago torácico			

**Quadro 2** – Estadiamento utilizado segundo o American Cancer Society.

A classificação é baseada no exame esofagográfico, endoscópico e nos sintomas do paciente.

Através deste estudo, a localização do tumor, seu tamanho, a evidência da doença extra-esofageana e o grau de obstrução podem ser determinados; e o estadiamento pré-cirúrgico realizado para indicar a tática de tratamento a ser seguida.<sup>4</sup>

A seguir, os pacientes são randomizados em dois grupos. O grupo dos pacientes elegíveis para tratamento passível de radicalidade e o grupo do tratamento paliativo (quadro 3).



**Quadro 3** — Randomização segundo o estadiamento.

São incluídos no grupo radical aqueles pacientes com tumor loco-regional sem envolvimento extra-esofageano (T1 e T2) e sem metástases à distância (estádio I e II). Para estes pacientes, a nossa primeira opção de tratamento é a radioterapia pré-operatória seguida de ressecção cirúrgica. Na eventual contra-indicação clínica optamos pela radioterapia exclusiva.

A dose radioterápica pré-operatória é cerca de 4.000 rads no mediastino posterior durante 4 semanas, recebendo o paciente 200 rads por dia. Duas semanas após o término da radioterapia o paciente é reavaliado por endoscopia (esôfago e brônquios) com

biópsia e citologia no sentido de avaliar o grau de resposta. Entre a 4.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> semana após o término da irradiação, o paciente é submetido a esofagectomia subtotal com anastomose esôfago-gástrica cervical em tempo único.

Usamos as vias torácica e mediastinal, sendo a opção feita com base nas condições clínicas do paciente e localização do tumor. Nos tumores do terço inferior damos preferência à via transmediastinal e nos tumores do terço médio à via torácica.

No grupo encaminhado para o tratamento paliativo estão os pacientes cujo estadiamento clínico evidencia propagação extra-esofageana e/ou comprometimento de linfonodos à distância e/ou metástases para outros órgãos. Nestes casos temos tido uma conduta visando apenas o tratamento de suas complicações, que basicamente são duas: a obstrução e a fístula transtumoral. As opções por nós utilizadas são: a radioterapia paliativa, prótese, gastrostomia simples e a esofagostomia com gastrostomia.

Nos tumores extensos (com mais de 5 cm de comprimento) obstruídos e sem fístula optamos inicialmente pela radioterapia paliativa em torno de 2000 a 3000 rads na área tumoral com intenção desobstrutiva. Nos casos em que existe a concomitância de fístula esofageana, nossa primeira opção recai sobre a colocação de prótese endoesofágica transtumoral. Deixamos a gastrostomia e a esofagostomia cervical, eventualmente associadas, para os casos incidentes em terço superior onde a colocação de prótese não é aconselhável devido à sensibilidade do órgão à prótese (sensação de corpo estranho), ou para os casos excepcionais.

## RESULTADOS

Em nossos 74 casos encontramos uma incidência 2,5 vezes maior nos homens do que nas mulheres. Os tumores surgiram entre os 32 e 89 anos com uma maior incidência entre a 5.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> década, o que está de acordo com outros autores.<sup>1 1</sup>

A disfagia e odinofagia foram as queixas sempre presentes no momento do diagnóstico e apresentaram um período sintomático que variou de 1 a 24 meses, em média 6 meses.

O período decorrente entre o início da sintomatologia e o diagnóstico assumiu fator preponderante na sobrevivência destes pacientes uma vez que encontramos à primeira consulta, a incidência de 45% dos casos em fase avançada onde o estadiamento mostrou que apenas condutas paliativas poderiam ser tomadas.

No que se refere à localização, 76% dos tumores encontravam-se no terço médio, 16% no terço inferior e 8% no terço superior.

A histologia revelou tratar-se em 73 casos, de carcinoma epidermóide e em apenas um caso mostrou-se adenocarcinoma (tumor de terço inferior).

Cerca de 64% dos carcinomas epidermóides apresentaram um grau de diferenciação moderada, 20% bem diferenciados e 16% indiferenciados. Dos 74 casos estudados, 33 submeteram-se à radioterapia exclusiva, 13 submeteram-se à radioterapia seguida de esofagectomia, 15 tiveram indicação para colocação de prótese endoesofágica, 11 realizaram apenas gastrostomia e em apenas dois pacientes houve a necessidade de associar esofagostomia à gastrostomia.

A seguir relatamos nossa experiência com cada modalidade

de de tratamento separadamente.

## RADIOTERAPIA EXCLUSIVA

Os pacientes orientados para este tratamento são considerados elegíveis para a radicalidade quando portadores de um tumor em fase inicial, estágio I e II. A dose utilizada gira em torno de 6.000 rads em 4 semanas.

Dos nossos 33 pacientes submetidos à radioterapia exclusiva, observamos uma resposta positiva em 92% dos casos. Em 40% obtivemos uma resposta completa com esterilização do esôfago comprovada histologicamente. Em 52% obtivemos uma resposta parcial, redução significativa do tumor porém sem esterilização total e, em apenas 8% dos casos não houve resposta alguma.

A principal complicação foi a estenose segmentar do esôfago que, em algumas ocasiões necessitou dilatações endoscópicas periódicas. Em nossa série somente 6% dos pacientes irradiados apresentaram estenose que justificasse dilatação. A sobrevivência naqueles pacientes submetidos à radioterapia exclusiva foi de 45% com mais de um ano.

A radioterapia também foi utilizada de uma forma paliativa em pacientes com doença localmente avançada onde a radicalidade não poderia ser alcançada. Em doses menores, em torno de 2.000 rads em 1 semana ou 3.000 rads em 2 semanas, foram indicadas com intuito desobstrutivo temporário (radioterapia paliativa).

## RADIOTERAPIA SEGUIDA DE ESOFAGECTOMIA

Realizamos 13 esofagectomias subtotais pós-radioterapia.

Os pacientes elegíveis para esta modalidade de tratamento receberam dose pré-operatória em torno de 4.000 rads em 4 semanas sobre a área tumoral. Cerca de 4 semanas após o término das irradiações estes pacientes foram levados à cirurgia.

Os pacientes indicados para este procedimento foram aqueles passíveis de tratamento radical e portanto em estágio I e II.

Dos pacientes submetidos à esofagectomia, 10 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

O paciente mais idoso apresentava 70 anos de idade, que foi o nosso limite máximo para indicação de cirurgia.

Em 6 pacientes (46%) o tumor localizava-se no terço inferior e em 7 (54%) no terço médio.

Em 84% dos casos conseguimos realizar uma reconstrução

imediate após a esofagectomia, utilizando o estômago mediante uma anastomose esôfago-gástrica cervical. Nos demais, a realização deste procedimento foi inviável em virtude de uma arcada vascular incompleta da grande curvatura.

A técnica utilizada: para a realização das esofagectomias empregou-se a via transmediastinal, sem toracotomia, exceto em um caso. Na peça operatória incluímos sempre a cárdia e fôrnix gástrico em virtude de freqüente invasão sub-mucosa para o estômago, principalmente nos tumores do terço inferior do esôfago (fig. 1) que é retirado junto com os linfonodos do tronco celíaco.

Na reconstrução do trânsito intestinal utiliza-se o tubo gástrico, irrigado pelo pedículo gastro-epiplôico direito, em situação retro-esternal conforme vemos em estudos radiológicos posteriores (fig. 2).

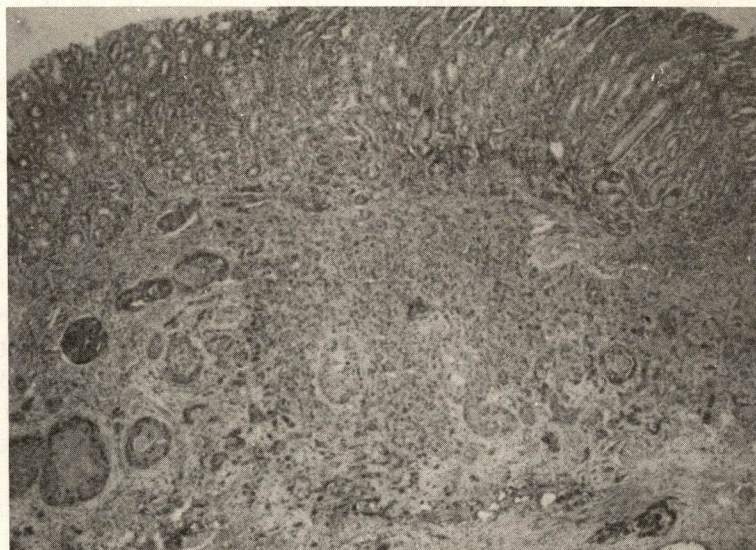


Fig. 1

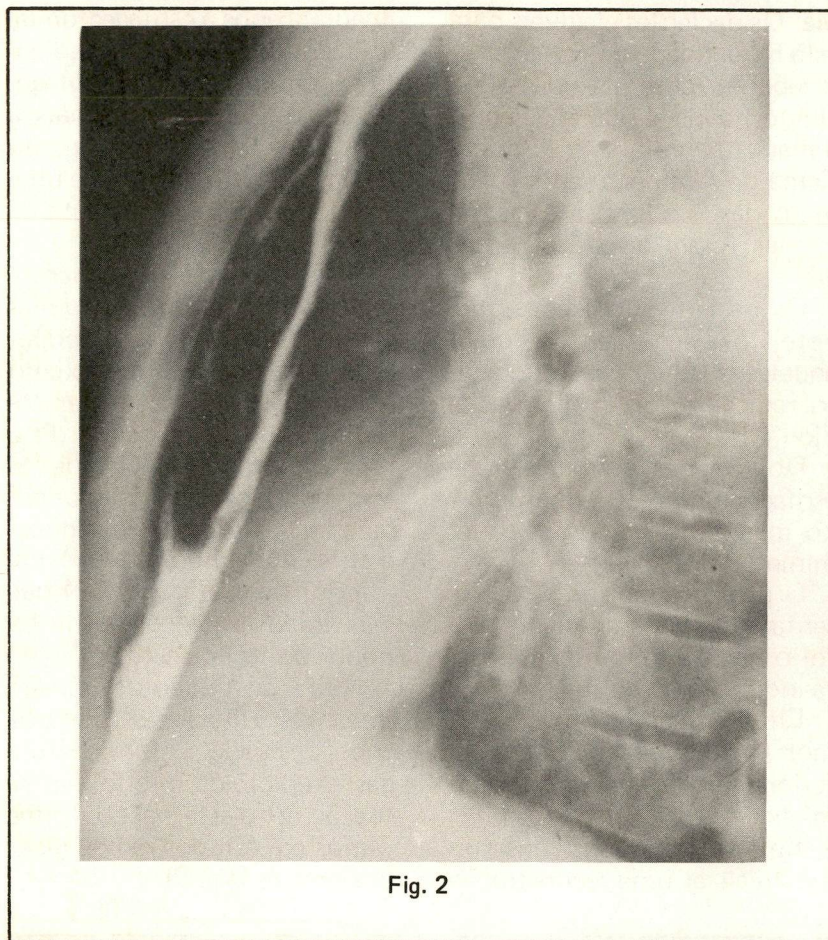


Fig. 2

No que se refere à sobrevida, 4 pacientes (31%) tiveram um *follow-up* com mais de um ano livres de doença.

Em nossa série, tivemos 31% de mortalidade operatória. Estes óbitos deveram-se a deiscência de anastomose esôfago-gástrica cervical com conseqüente mediastinite e, em um caso por ruptura de aorta torácica em virtude de uma lesão irradiada e avançada localmente. Um outro paciente faleceu por embolia pulmonar no pós-operatório imediato. Em 5 pacientes (38%) obtivemos uma sobrevida inferior a um ano sendo que um paciente, operado há menos de um ano, permanece em controle ambulatorial sem evidência de doença em atividade.

Outra complicação a longo prazo até a estenose da anasto-

mose cervical que foi corrigida mediante dilatações endoscópicas periódicas.

### PRÓTESE ENDOESOFÁGICA

Foram elegíveis para este procedimento os pacientes portadores de doença local obstrutiva extensa (T3) por contra-indicação clínica para tratamento por radioterapia radical ou paliativa, aqueles com fístula para a árvore respiratória e por último, nos casos de recidiva com obstrução por radioterapia.

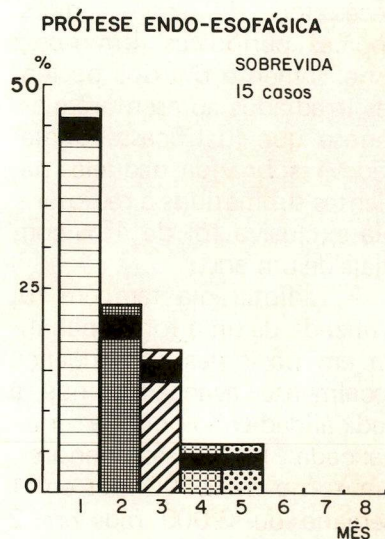
Procedemos à colocação de prótese endoesofágica em 15 pacientes. Em 7 (46,6%) a indicação foi devido à presença de fístula esôfago-brônquica em sua maioria para o brônquio fonte esquerdo nos tumores do terço-médio; 5 (33,4%)

com quadro obstrutivo com comprometimento direto ou indireto da árvore brônquica, comprovada por broncoscopia e que contra-indicavam a radioterapia. Os outros 3 pacientes (20%) haviam sido previamente irradiados sendo dois com obstrução e um com fístula pós-radioterapia.

Todos os pacientes se beneficiaram com a colocação da prótese, obtendo um alívio significativo do quadro obstrutivo e do orifício fistuloso quando ele estava presente.

Em 63% dos casos obtivemos uma sobrevida digna para estes pacientes por mais de 30 dias. Os melhores resultados foram alcançados com as lesões recidivadas e obstrutivas por radioterapia com sobrevida de até 6 meses em condições clínicas satisfatórias (quadro 4).

No quadro 4, vemos o gráfico de sobrevida de nossos pacientes.



Quadro 4 - Gráfico demonstrativo da sobrevida com utilização de prótese endoesofágica.

Com relação às complicações, anotamos dois casos (13%) de obstrução de prótese por restos alimentares, ambos após um mês de sua colocação,

mas que foram desobstruídos facilmente por via endoscópica. Cerca de 90% dos nossos pacientes, entretanto, queixaram-se de dor retro-esternal após a colocação do tubo. Tivemos um caso de drenagem espontânea para o estômago e que necessitou gastrotomia para reposicioná-lo.

Nas figuras 3 e 4 vemos o resultado da colocação de prótese em um paciente portador de fístula esôfago-brônquica.

## GASTROSTOMIA

Analisamos 11 casos onde realizamos gastrostomia exclusiva como medida de palição. Cerca de 27% dos casos vieram encaminhados ao Hospital de Oncologia com gastrostomia já realizada impedindo e, algumas vezes, dificultando uma melhor opção de tratamento. Naqueles pacientes em que indicamos a gastrostomia, em 37,5% foi ela necessária em decorrência de invasão de traquéia ou brônquio fonte. Outros 37,5% em virtude das péssimas condições clínicas e sob anestesia local. Os demais (25%) por apresentarem fístula esôfago-brônquica. Estes últimos pacientes vieram a falecer poucos dias após em decorrência do processo pneumônico persistente. No total, 72% dos casos foram ao óbito em virtude de sua doença básica nos primeiros 30 dias.

## ESOFAGOSTOMIA COM GASTROSTOMIA

Em apenas dois casos efetuamos este procedimento sempre em presença de fístula esôfago-brônquica.

Com o desenvolvimento das próteses endoesofágicas deixamos de utilizar esta técnica em decorrência de sua maior mor-

bilidade e complexidade. Apesar da esofagostomia cervical promover um desvio da secreção salivar estes pacientes vieram a falecer por bronco-pneumonia em poucos dias.

## COMENTÁRIOS

Os tumores do esôfago são, das formas de câncer do aparelho digestivo, os mais agressivos. Precocemente impedem o paciente de se alimentar levando-o em pouco tempo a um estado de caquexia franca.

As complicações inerentes a esta patologia provocam, quando não tratadas, uma sobrevivência sofrida e até desumana, necessitando por isso prioridade hospitalar na internação.

O tratamento dos tumores do esôfago deve ser feito mediante a íntima integração entre o cirurgião, o endoscopista, o radioterapeuta e o oncologista clínico, tendo em vista que a participação de cada um deles será fundamental durante o transcorrer do tratamento. O estadiamento preciso do tumor para instituir-se o plano terapêutico de uma forma multidisciplinar, exige de cada especialista sua participação no momento adequado.

Nos casos avançados devemos também buscar soluções paliativas que ajudem a minimizar o sofrimento destes pacientes e, neste particular, temos nos entusiasmado com a prótese tubular endo-esofágica transtumoral. Como medida paliativa, este procedimento basicamente endoscópico, tem apresentado excelentes resultados quando indicado, principalmente naqueles pacientes portadores de fístula esôfago-brônquica. Portanto, todas as condutas aqui utilizadas têm sua indicação e seus aspectos

positivos e negativos serão a seguir analisados.

## RADIOTERAPIA EXCLUSIVA

A radioterapia ainda hoje é o tratamento de escolha para os tumores de esôfago. Pela sua menor morbidade e resultados semelhantes às demais modalidades, a radioterapia tem sua indicação radical naqueles tumores em fase inicial e, de uma forma paliativa, naqueles tumores mais avançados. Observamos que o prognóstico da irradiação depende fundamentalmente do grau de diferenciação celular do tumor. Aqueles indiferenciados respondem melhor, favorecendo a possibilidade de erradicação total da doença.

O grande problema da indicação do tratamento radioterápico reside nos tumores mais avançados (estádio II e III). São aqueles "borderline", com dimensões e grau de invasão extra-esofageana duvidosos. A radioterapia nestas lesões pode precipitar a formação de fístula esôfago-brônquica como foi bem demonstrado por Martini<sup>8</sup> em levantamento feito no Memorial, N.Y. Em 111 casos de fístula esôfago-brônquica mostrou que 74% surgiram após o tratamento radioterápico.

Portanto, o exame broncoscópico é o grande dado para indicação da radioterapia.

A radioterapia também apresenta um outro fator de difícil avaliação que deve ser lembrado no momento em que for indicada a técnica de forma exclusiva: é a possibilidade de existir comprometimento de linfonodos do tronco celíaco (já um tumor estágio IV), quando estaremos irradiando de maneira radical um tumor com metástases à distância.

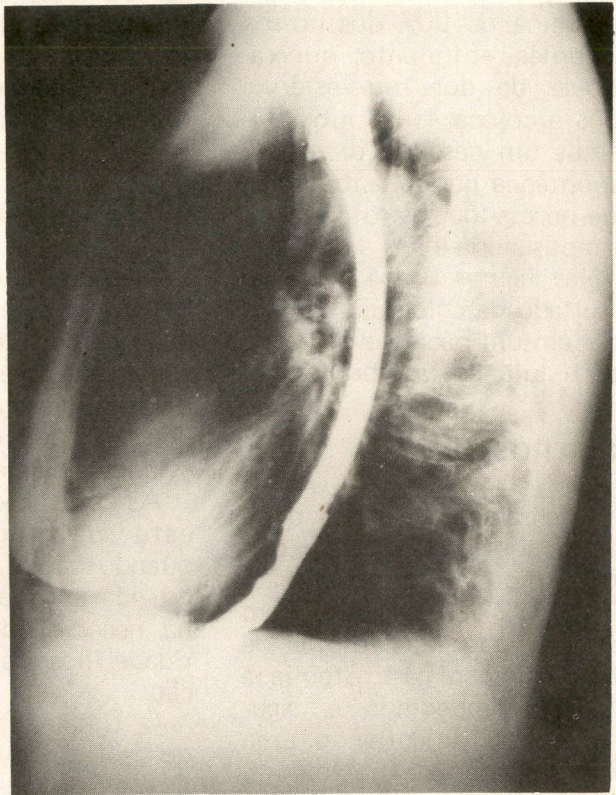


Fig. 3

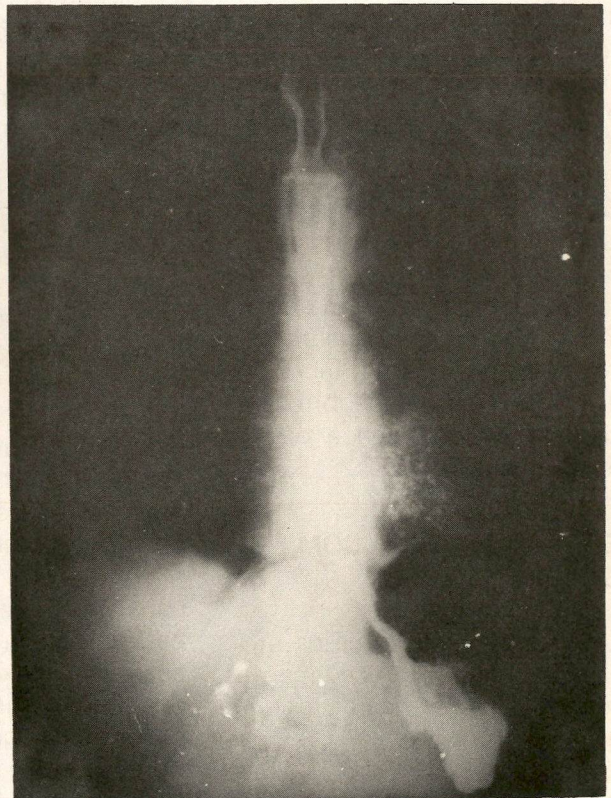
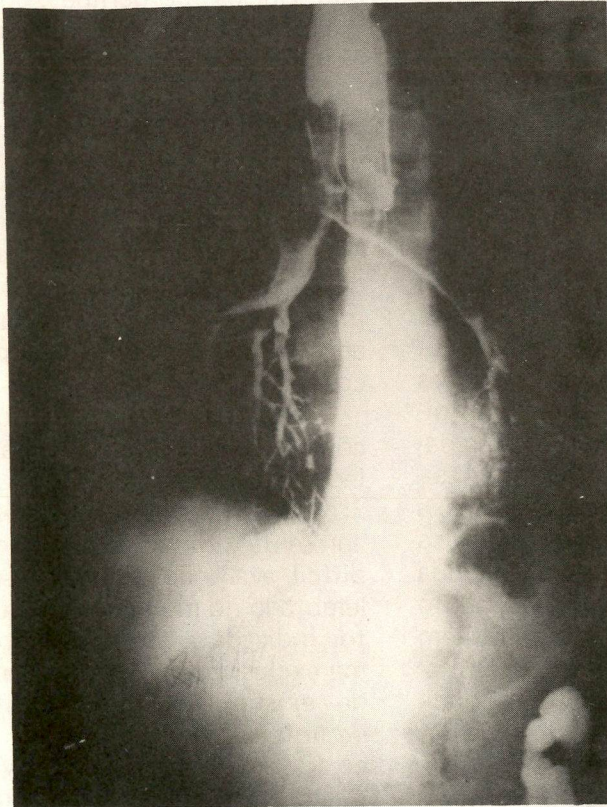


Fig. 4

## RADIOTERAPIA SEGUIDA DE ESOFAGECTOMIA

O tratamento dos tumores do esôfago assim como de todo o aparelho digestivo ainda hoje apresenta os melhores resultados com a cirurgia. Entretanto, o diagnóstico destas lesões em nosso meio tem sido feito já em uma fase avançada, e portanto irressecáveis. Com a utilização da radioterapia pré-operatória, porém, foi possível reduzir substancialmente o volume tumoral, permitindo assim a sua ressecção cirúrgica.<sup>6</sup> Parker<sup>10</sup> em sua experiência conseguiu com a radioterapia pré-operatória subir de 34% para 87% o seu índice de ressecabilidade. A radioterapia prévia à cirurgia também veio a dar um sentido mais radical no tratamento dos tumores do esôfago na medida em que provoca um bloqueio linfático peri-esofageano, diminuindo a disseminação neoplásica durante o ato operatório.<sup>1</sup> Alguns autores como Nakayama,<sup>9</sup> reportaram uma sobrevida de 37,5% em 5 anos com esta modalidade de tratamento.

Belsey<sup>3</sup> numa série de 119 pacientes esofagectomizados paliativamente apresentou uma sobrevida de 25% em um ano ou mais. Sua taxa de mortalidade operatória foi de 28%. Wilson<sup>15</sup> em 20 esofagectomias também paliativas, relatou uma sobrevida média de 11 meses e uma mortalidade em torno de 50%.

Os tumores de esôfago com possibilidade de serem tratados pela cirurgia também nos permitiram um estadiamento definitivo destas lesões através de um estudo anátomo-patológico completo da extensão da doença, principalmente extra-esofageana.

Pudemos verificar que em

cerca de 84% dos nossos pacientes operados, o estadiamento pós-cirúrgico avançou em virtude do comprometimento de linfonodos pára-esofageanos, pericárdicos e tronco celíaco e que puderam ser ressecados, sendo portanto já estágio III e IV. Fatalmente estes pacientes, se não operados, teriam uma sobrevida menor.

A técnica utilizada de nossa preferência é a esofagectomia trans-mediastinal que não nos parece oncológicamente radical, porém, por ser realizada por via abdominal e cervical combinada sem necessidade de uma toracotomia, diminui o tempo operatório e reduz a morbidade. Esta técnica se adapta muito bem para os tumores do terço inferior e médio-inferior (infra-brônquico); porém, para os tumores do terço médio-superior (supra-brônquico) que se encontram intimamente relacionados à carina e vasos pulmonares não é aconselhável.<sup>2</sup> O campo operatório fica muito restrito e a lesão acidental das estruturas vizinhas pode ter conseqüências drásticas.

A inclusão da porção alta da pequena curvatura e do cárdia na peça operatória deve sempre ser realizada porque frequentemente encontramos infiltração submucosa para o estômago. Preconizamos sempre a realização desta operação entre a 4.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> semanas após o término da radioterapia onde as condições para a dissecação são ideais.

O grande problema das esofagectomias reside na alta mortalidade operatória, apresentando índices variáveis de 10 a 50% na literatura. Isto se deve às fístulas da anastomose esôfago-gástrica cervical ou na sutura da confecção do tubo gástrico (técnica de reconstrução por nós preferida) sendo res-

ponsáveis por um quadro de mediastinite pós-operatório, usualmente fatal.

## PRÓTESE ENDOESOFÁGICA

No que se refere a condutas paliativas a utilização da prótese endoesofágica trans-tumoral vem ganhando nossa simpatia.

Considerada por nós como uma conduta de "fim de linha", apresenta duas grandes indicações: como terapêutica desobstrutiva, permitindo ao paciente alimentar-se por via oral até seus últimos dias e como tratamento paliativo naqueles casos em que existe fístula esôfago-brônquica na medida em que provoca um tamponamento do orifício fistuloso, minimizando a angústia respiratória.

"Devemos nos ater a dar ao paciente, durante seus dias restantes, uma sobrevida mais confortável através de um procedimento paliativo selecionando para cada caso, pesando os benefícios e desvantagens que este procedimento pode proporcionar". Esta filosofia, muito bem colocada por De Vita,<sup>6</sup> adapta-se perfeitamente à utilização da prótese endoesofágica. Por ser um método extremamente simples de ser realizado, atualmente apenas por via endoscópica, permite a pacientes em fase final retornarem a seus lares alimentando-se por via oral, facilitando o convívio familiar e os cuidados que uma gastrostomia necessita.

A prótese tubular usualmente é bem tolerada quando utilizada para os tumores do terço médio do esôfago. Para os tumores do terço superior entretanto, esta conduta não é aconselhável em virtude da constante "sensação de corpo estranho na garganta" de que estes pacientes se queixam. Pa-



ra os tumores de localização inferior, a prótese tem uma indicação muito limitada e deve ser bem questionada antes de ser utilizada, uma vez que a porção inferior do tubo ficará posicionada dentro do estômago permitindo o refluxo gastro-esofageano que, se prolongado, pode trazer maior desconforto do que a patologia tumoral básica. Por este motivo quando indicamos uma prótese para estes pacientes somente o fazemos numa fase adiantada onde a expectativa de vida é muito curta e o refluxo secundário.

Sugerimos sempre que estes pacientes só se alimentem de líquido e pastosos e após cada refeição façam uso de óleo mineral com intuito de lavar a prótese.

Em nossa experiência tivemos dois casos de obstrução tubular em virtude de resíduos alimentares mas que foram desobstruídos facilmente através de ingestão de líquidos efervescentes.

Os melhores resultados com a utilização desta técnica ocorreram naqueles casos apenas obstrutivos, onde a sobrevida chegou em alguns casos a até 6 meses. Naqueles onde havia fístula esôfago-brônquica a sobrevida foi menor em decorrência do grau mais avançado do tumor; entretanto, após a colocação da prótese e conseqüentemente oclusão da fístula, os resultados foram excelentes, com regressão total da bronco-pneumonia que permitiu a estes pacientes um final de vida mais digno e huma-

no. Cukingan<sup>5</sup> relatou em sua série uma eficácia de até 85% com uso da prótese endoesofágica obtendo uma sobrevida média de 4 meses.

## GASTROSTOMIA

Até bem pouco tempo atrás era a única conduta paliativa para os tumores avançados do esôfago. Atualmente, com a utilização da prótese tubular, temos realizado gastrostomia apenas em casos excepcionais.

Nos casos não avançados, passíveis de tratamento, a gastrostomia tem sido por nós evitada numa fase inicial porque, se houver a necessidade de se realizar uma esofagectomia podemos utilizar o estômago para reconstrução do trânsito esofageano, o que não seria possível se este órgão já tivesse sido manuseado por uma gastrostomia.

Estamos portanto, evitando ao máximo este procedimento.

## GASTROSTOMIA ASSOCIADA A ESOFAGOSTOMIA

Tem sua indicação naqueles tumores avançados em presença de fístula esôfago-brônquica. Entretanto nossa experiência não foi boa com este procedimento, tendo em vista a necessidade de se realizar uma cirurgia sob anestesia geral e em pacientes clinicamente de alto risco para uma sobrevida muito curta e sofrida. A utilização da prótese endoesofágica preenche melhor as necessidades destes pacientes.

## SUMMARY

*Seventy-four patients treated for esophageal cancer at the Hospital de Oncologia do Rio de Janeiro are studied. Routine therapy according to the clinico-pathological conditions of patients is discussed, and the best indications for each group of cases are pointed, as the authors' experience suggest.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AKAKURA, J.; NAKAMURA, Y.; KAKEGAWA, T., et al. — *Surgery of carcinoma of the esophagus with pre-operative radiation*. Chest., 57:47, 1970.
2. BELSEY, R.; HIEBERT, C.A. — *An exclusive right thoracic approach for cancer of the middle third of the esophagus*. Ann. Thor. Surg., 18:1, 1974.
3. BELSEY, R. — *Palliative management of esophageal carcinoma*. Am. J. Surg., 139:789, 1980.
4. COPELAND III, E.M. — *Surgical Oncology*. A Wiley Medical Publication, N.Y., 275:308, 1982.
5. CURKINGNAM, R.A.; CAREY, J.S. — *Carcinoma of the esophagus*. Ann. Thor. Surg., 26:274, 1978.
6. DE VITA, V.T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S.A. — *Cancer principles and practice of Oncology*. Lippincott Company, 499:533, 1982.
7. HANKINS, J.R.; COLE, F.N.; ATTAR, S.; McLAUGHIN, J.S. — *Carcinoma of the esophagus: Twelve years experience with a philosophy of palliation*. Ann. Thor. Surg., 33(5):464-472, 1982.
8. MARTINI, N.; GOODNER, J.T.; D'ANGIO, G.J., et al. — *Tracheoesophageal fistula due to cancer*. J. Thor. Cardiovasc. Surg., 59:319, 1970.
9. NAKAYAMA, K.; KINOSHITA, Y. — *Surgical treatment combined with pre-operative concentrated irradiation*. J. Surg., 227:178, 1974.
10. PARKER, E.E.; GREGOIRE, H.B. — *Carcinoma of the esophagus: long term results*. J. Surg., 235:1018, 1976.
11. SHACKELFORD, R.T. — *Surgery of the alimentary tract*. 2.º ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1978.
12. WILSON, S.E.; PLESTED, W.G.; CAREY, J.S. — *Esophagogastroctomy versus radiation therapy for mid-esophageal carcinoma*. Ann. Thor. Surg., 10:195, 1970.