

“TRATAMENTO DO CÂNCER DO ESÔFAGO” *

Egberto Penido Burnier **

1.0 — O câncer do esôfago é das localizações mais graves. Por suas implicações no ato de nutrição, impedindo-a mecânicamente e mais ou menos precoce, altera profundamente o estado geral do enfermo. Via de regra, o portador de câncer do esôfago é indivíduo em profundo estado de carência alimentar, subnutrido, pálido, fraco, sem iniciativa muscular e também mental.

2.0 — LOCALIZAÇÃO

A maior freqüência dos tumores esofagianos, está nos terços inferiores e logo a seguir no terço médio.

Os pontos de predileção das localizações de câncer do esôfago está em relação aos estreitamentos anatômicos verificados, pela proximidade de órgãos mais ou menos duros. Assim, 3 são os pontos de predileção :

- a) na região crico-tiroidea, no 1/3 superior;
- b) na região correspondente à bifurcação da traquéia e crossa da aorta, no 1/3 médio;

c) na região da passagem do hiato diafragmático para o 1/3 inferior.

3.0 — ANATOMIA PATOLÓGICA

Quanto ao tipo anátomo-patológico mais freqüente, temos o carcinoma epidemoide. O adeno carcinoma é bem menos freqüente. Raramente o sarcoma do esôfago é visto.

4.0 — DIAGNÓSTICO PRECOCE

Enquanto em muitas outras localizações do câncer, há possibilidade de diagnóstico precoce, no esôfago, quando os sintomas aparecem, quase sempre já está adiantado de evolução. As lesões já apresentam-se tomando a totalidade ou quase totalidade da luz do órgão, muita vez já comprometendo por infiltração a órgãos vizinhos de importância, naturalmente variável de acôrdo com a situação no sentido vertical: cervical, torácica ou abdominal.

Por isso mesmo, o câncer do esôfago em sua solução, toma caracteres e sintomatologia próprios, por ser um órgão que vai do pescoço ao abdomem. São

* Trabalho apresentado à IV Jornada Brasileira de Cancerologia, realizada de 17 a 23 de outubro em Pôrto Alegre — Rio Grande do Sul.

** Chefe da Seção de Organização e Contrôlo do Serviço Nacional de Câncer.
Chefe do Setor de Cirurgia Torácica do Instituto Nacional de Câncer.
Docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

sintomas portanto de situação. Um entretanto, é mais ou menos precoce e constante, — a diafagia.

Encontramos igualmente um outro sintoma também precoce, e que poucas vezes é referido, a *eructação dolorosa*.

5.0 — *DIAGNÓSTICO DEFINITIVO*

Mas, só se diagnostica, positivamente o câncer do esôfago, pela radiologia contrastada e a biopsia endoscópica. A citologia dos tumores esofagianos, que hoje antecede à endoscopia, é feita de forma rotineira em nosso Serviço, no Instituto Nacional de Câncer. O trabalho de nosso Assistente em colaboração com a Dra. Maria Berila Conceição, residente e atualmente da Seção de Citologia, (que trago como relator à essa Jornada de Cancerologia) bem demonstra a importância do método.

6.0 — *PRÉ-OPERATÓRIO*

Antes mesmo do diagnóstico positivo pela anátomo-patologia, ainda na fase de suspeita clínica, fundamentada na sintomatologia, exame radiológico e citológico, já iniciamos o preparo físico, precocemente atingido, pelas profundas implicações mecânicas ao trânsito do bôlo alimentar, da boca para o esôfago.

6.1 — *ÍNDICE PONDERAL*

Como primeira medida pré-operatória, praticamos a pesagem do paciente, único meio prático de verificar da recuperação física, compatível com a terapêutica.

6.2 — *VOLEMIA*

O portador de câncer do esôfago, é via de regra um hemo-concentrado.

As análises quantitativas e qualitativas dos elementos figurados e bioquímicos do sangue, podem estar postas em termos de normalidade, mas suprida a deficiência em água, os sais, as proteínas, etc., caem a níveis às vezes irrecuperáveis. Eis porque, procuramos não levar com tanto rigor, o paciente ao estado volêmico de um indivíduo normal, com peso e altura iguais. Procurar dentro do padrão individual, corrigir a volemia, traz aos pacientes, uma sobrecarga, às vezes incompatível com a sua resistência orgânica, gerando ao contrário, edemas, hipoproteinemias, etc. Se o paciente ainda aceita alimentação oral, ministramos dieta hipercalórica e observamos a recuperação clínica, pelo aumento ponderal dos pacientes. Daí a importância que damos à pesagem periódica e regular.

Tomamos muito cuidado em corrigir as deficiências volumétricas, visando a manutenção dos índices dos elementos hematológicos, as taxas de Cl, Na, K, Ca e também das proteínas.

Dois ou três dias antes do ato cirúrgico, cateterizamos a veia cava através a safena, com tubo de polietilênio e aplicamos, de 1,5 a 2 litros diários de solução glicosada, na sentida de assegurar boa reserva hepática, fonte energética e de combate à acidose pela queima incompleta das gorduras e proteínas.

6.3 — ÍNDICE PROTEICO

A correção do hematócrito, do volume sanguíneo, das taxas aos eletrólitos, vitaminas, etc., é função de um preparo regular e sistemático. Desde que se tenha cuidado na reposição de líquidos não teremos graves anormalidades nas taxas de proteínas. Há em clínica uma relação muito estreita entre a capacidade de recuperação do estado geral dos enfermos com a capacidade da taxa — das proteínas entre 5 e 8 gramas. — Aquêles que se recuperam clinicamente fácil, também têm com facilidade a manutenção de sua taxa de proteínas totais, desde que não se faça reposição líquida em demasia.

Regra geral, doente de câncer do esôfago, com taxa de proteína abaixo de 5,0 g por mil é doente recusado para cirurgia.

6.4 — TRANSFUSÃO DE SANGUE — HIDRATAÇÃO

Estamos procurando dar, ao invés de sangue total, em transfusões de volume médio, diárias ou em dias alternados dar papa de hemátia, na quantidade de 250 a 350 cc de 3/3 dias. Administramos os elementos proteicos necessários, se malterar demasiado o volume sanguíneo.

As venoclises salinas e principalmente os glicosados são veículos também para administração dos eletrólitos e vitaminas, dada de acôrdo com critério bem balanceado, segundo espírito, anteriormente exposto.

6.5 — RISCO CIRÚRGICO — ELETROCARDIOGRAMA

O exame clínico rigoroso é sempre solicitado. O eletrocardiograma, a capacidade ventilatória, são rotinas em nosso serviço.

Temos que levar os pacientes em geral e em especial os portadores de câncer do esôfago, em boas condições à mesa de cirurgia. Só com o mínimo de risco cirúrgico tentamos a cura cirúrgica nos doentes de câncer esofágiano.

6.6 — EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO

Nossos enfermos, passam sistematicamente pela seção de Pneumologia, tanto para estudo da capacidade pulmonar, como e principalmente para melhorar as condições ventilatórias tão exigidas no post-operatório.

6.7 — ANTIBIOTICOTERAPIA E LAVAGEM ESOFAGIANA

Como preparo pré-operatório local, costumamos de modo rotineiro fazer uso da penicilinoterapia dias antes da intervenção cirúrgica, bem como lavagem esofágiana, a fim de remover detritos alimentares supra-estenóticos e melhorar assim a estofagite, quase sempre presente.

7.0 — Diagnosticada a lesão, corrigidas as taxas dos eletrólitos, volemia normalizada orientada para seus excessos, exercitado e melhorado em sua capacidade pulmonar, indica-se a terapêutica — *Cirúrgica* ou *Radioterápica*.

7.1 — A QUESTÃO DA GASTROSTOMIA

Excepcionalmente a estenose esofágica é total, completa, nos cancerosos do esôfago. A disfagia tem um curso intermitente, com pioras e melhoras se sucedendo. Essa intermitência está em relação ao tumor que cresce para a luz do órgão e que se associa também a um grau mais ou menos intenso de infecção; a esofagite está sempre presente. Em conseqüência, com certa rapidez o estado geral decai. A recuperação do estado geral terá que ser efetuada para se verificar da possibilidade operatória.

Nem sempre com dieta hiperproteica bem conduzida, líquida ou pastosa, se consegue a passagem alimentar, por via natural em quantidade desejável. Ainda mais, com a tentativa de alimentação em pequenas doses e repetidas, muita vez se agrava a esofagite. Ao mesmo tempo, melhorando-se o estado geral, como que tem maior surto de desenvolvimento o tumor, que mantinha-se mais ou menos estacionário, por falta de elementos nutritivos. Instala-se então um crescimento da disfagia, conseguindo-se por vêzeis então um recrudescimento da disfagia, conseguindo-se por vêzes a passagem apenas de água e assim mesmo com dificuldade.

Que fazer? Se o caso é possível de recuperação, pelos dados clínicos e radiológicos, temos que apelar para a gastrostomia, como primeiro tempo operatório. Esta intervenção é quase sempre utilizada para os casos em que fica indicado o tratamento radioterápico. Sa-

bemos que no início da irradiação, há um recrudescimento da disfagia, por sofrer o tecido peri-tumoral um processo de congestão, com edema. Assim, nada mais lógico do que, praticar previamente uma gastrostomia. Num indivíduo, sem dificuldade de passagem alimentar, a irradiação produz uma queda do estado geral, por efeito geral de inoxicação actínica, às vêzes com vômitos incoercíveis. Ora, os portadores de câncer do esôfago, já estando em alto grau de insuficiência orgânica, sem reservas, intoxicados, não tolerariam um agravamento do seu estado, sem grave risco. A gastrostomia é quase uma imposição quando se indica o tratamento pelas irradiações.

Temos uma natural antipatia pela gastrostomia, pelas implicações físicas e psicológicas que determina, trazendo outros problemas, às vêzes mais graves do que a disfagia, tal como a regurgitação do suco gástrico entre a pele e a sonda com irritação, ulceração e necrose de pele da parede abdominal, dificultando o tempo cirúrgico conseqüente. Mas, há ácasos que não podemos dispensá-la. Ainda é um dos grandes recursos, de que lançamos mão, em casos de necessidade extrema.

O que não somos partidários é da utilização sistemática da gastrostomia como primeiro tempo da esofagectomia.

7.2 — DERIVAÇÃO ESÔFAGO- ILEAL

Para os casos inoperáveis, estamos iniciando, uma terapêutica cirúrgica,

tipo derivação, que nos parece mais humano e prático do que a gastrostomia.

Trata-se da utilização de uma alça delgada, que em curto circuito, liga a zona supra estenótica do esôfago com o jejuno ou ileon. É uma técnica mais ou menos simples, de execução não muito trabalhosa e que, além do conforto ao paciente, nos dá um muito menor dia de leito. Cicatrizada a ferida operatória, em cerca de 10 dias pode ser alta para tratamento ambulatorio, químico ou radioterápico.

8.0 — BASES DA CIRURGIA DO ESÔFAGO

Em linhas gerais, a técnica por nós utilizada é a de Sweet e Pack.

8.1 — VIA DE ACESSO

Utilizamos tanto a via de acesso torácica, direita ou esquerda, mas temos preferência pela via esquerda e dentre as muitas razões apontamos :

- 1) Pela via esquerda não temos tido nenhuma dificuldade em isolar e ressecar tumores do 1/3 médio e até do superior;
- 2) As grandes causas de inoperabilidade observada no ato cirúrgico são em consequência da invasão, por continuidade, da crossa sórtica e da bifurcação traqueal, pontos que pela via esquerda nos dá ampla visão e domínio completo da situação;
- 3) Havendo necessidade de atingir, tanto de infiltração como de tecido normal para a anastomose, o

pescoço ou o abdome, é só completar em tempo oportuno a incisão, quando para o abdome e abrir nova na região cervical, tendo inclusive ponto de referência através a cúpula pleural.

- 4) Pela via esquerda, trata-se primeiro a lesão e depois é que vamos preparar a reconstrução do trato digestivo, seja pelo estômago, alça delgada ou colon. Não há o inconveniente apontado para a via direita, que em se começando pelo abdome, depois de libertado todo o estômago, abre-se o tórax e depara-se com um tumor inextirpável. Pior ainda, quando se necessita de uma extensão maior do segmento para o restabelecimento do trânsito digestivo e temos que abandonar o estômago já preparado, para lançar mão de alça delgada ou do colon. Não há pela via esquerda esta possibilidade, de perda de tempo e manobras desnecessárias.

8.2 — INCISÃO TÓRACO-ABDOMINAL

No tocante à incisão inicial tóraco-abdominal, há muito foi por nós abandonada. Utilizamos exclusivamente a via torácica. Há bastante amplitude para, incisando-se o diafragma, efetuar todas as manobras abdominais, com ou sem retirado do baço.

8.3 — RESSECÇÃO COSTAL

Igualmente foi por nós deixado de lado a ressecção costal, nas toracoto-

mias; utilizamos somente o espaço inter-costal, com desarticulação costo transversária. A altura do espaço escolhido varia do 5.º ao 7.º, dependendo da localização da lesão.

9.0 — TRATAMENTO DO CÂNCER DO ESÔFAGO CERVICAL

Quando tratável, consiste na ressecção da porção do tubo esofágico, com os cuidados requeridos, procurando-se a secção o mais longe possível do ponto máximo de infiltração. Há necessidade quase sempre do deslocamento da glândula tireoide e da traquéia, porque o tubo esofágico está localizado profundamente a este nível. Como após a ressecção, não há possibilidade de reconstituição por aproximação das bocas, via de regra utilizamos a técnica de Kirschner para a reconstituição, utilizando-se um retalho da pele cervical, conforme as figuras. No Instituto Nacional de Câncer a totalidade dos cânceres aí localizados, pela extensão e implicação para cima e para baixo, são entregues ao tratamento pelas irradiações.

Nossa estatística, no câncer do esôfago cervical é pequena e pouco animadora.

9.1 — TRATAMENTO DO CÂNCER DO ESÔFAGO TORÁCICO

Destacamos desde logo 3 tipos: o do terço superior, o do terço médio e o do terço inferior.

No terço superior o tratamento e o radioterápico, têm dado resultados e sobrevividas mais ou menos idênticos. A mortalidade post-operatória é mais ou menos alta, melhorando nesses 2 ou 3 últimos anos, com a aquisição de pneumologia, e sala de recuperação.

Há necessidade de se deslocar o tubo esofágico de detrás da crossa aórtica para anastomose anti-aórtica. Muitas vezes a reconstituição, por ser muito alta, não podendo se fazer com o estômago, temos que recorrer ao ileon, em "Y" de Roux ou a segmento do cólon transverso. Preferimos sempre nestes casos o ileon, por ser mais fisiológico e de maior facilidade de execução.

O do terço médio, igualmente é tratável, com índices de sobrevivida muito semelhantes tanto pelas irradiações como pela cirurgia, porém, com pequena vantagem para a cirurgia. A reconstituição do trânsito é praticamente feita à custa do estômago, que mobilizado, passa à intra-torácico em sua maior porção. Mas há ainda a possibilidade de se ter de utilizar também o "Y" do Roux, às custas do ileon.

Já o do terço inferior, a superioridade dos resultados pela cirurgia, deixa apenas às irradiações aqueles casos em que são encontradas contra-indicações normais; idade, insuficiência cárdio-renal, respiratória, etc.

As ressecções devem ser amplas e incluir, também, uma completa revisão da cavidade abdominal, a fim de se fazer

a tolete ganglionar do pedículo esplênico (com ou sem esplenectomia) e do pedículo hepático. A freqüência com que os gânglios abdominais são atingidos, torna o prognóstico do câncer do esôfago, em seu terço inferior, muito reservado. A reconstituição se faz praticamente com o estômago, salvo quando grande parte do órgão se encontra infiltrado, principalmente, pela pequena curvatura, condicionando esôfago-gastrectomia total.

9.2 — TRATAMENTO DO CÂNCER DO ESÔFAGO ABDOMINAL

ou Câncer do Cardia Gástrico, é de uma freqüência muito grande. Via de regra, trata-se de um câncer gástrico, invadindo o esôfago terminal. Muitas vezes, só a anatomia patológica é capaz de identificar se é primitivo do estômago ou do esôfago, pela natureza epidermoide ou adenocarcinomatosa do tumor.

As ressecções são geralmente largas, chegando em alguns casos, até a gastrectomia total com esofagectomia parcial. As reconstituições nesses casos são feitas somente pelo "Y" de Reoux. Quando a lesão implica em apenas gastrectomia parcial, utiliza-se o coto gástrico para a reconstituição do trânsito, com muito bom resultado imediato, pelo menos.

10.0 — DO POST-OPERATÓRIO

O post-operatório depende muito do estado em que levamos o paciente ao

ato cirúrgico. Com a inauguração do Centro de Recuperação e Terapêutica Intensiva, junto ao Bloco Cirúrgico, a garantia imediata dos esofagectomizados, melhorou muito.

10.1 — OXIGENOTERAPIA

Levado o enfêrmo para o leito, imediatamente ao chegar, instalamos o cateter nasal. Todos nossos leitos têm oxigênio ligado à cabeceira. Mantemos em média de 6 a 8 litros, por minuto, por 12 a 24 horas. A partir deste tempo, cada hora, administramos 15 a 20 minutos, e não se queixando o paciente de dispnéia, suspendêmo-la. Quando, por necessidade operatória, o enfêrmo vem traqueotomizado, a oxigenoterapia é feita pelo cateter diretamente introduzido na cânula. Depende muito o tempo da oxigenoterapia, da re-expansão pulmonar, que por sua vez é função da boa aspiração torácica. O controle é feito pela radiologia, como veremos.

10.2 — HIDRATAÇÃO

Se o paciente foi operado com boa hidratação e compensadas às perdas do ato cirúrgico, ainda na sala, basta que mantenhamos um ritmo normal de entrada de líquido que é, em média de 1,5 a 3 litros de água diários. Costumamos usar apenas 1/3 da quantidade total de sôro salino isotônico para os 2/3 de solução glicosada. Quando o caso exige, praticamos o cateterismo venoso com tubo de polietilêno.

10.3 — VITAMINAS E ANTIBIOTICOTERAPIA

Geralmente aproveitamos a venoclise para a introdução das vitaminas e dos antibióticos. É norma 1 g de vitamina C e uma ampola de vitamina B (complexo), diárias. O antibiótico por nós utilizado é sempre de largo espectro e mantemos a medicação por 4 a 6 dias seguidos.

10.4 — ANTI-ÁLGICO

Não usamos entorpecentes nos post-operatório, para evitar a insuficiência respiratória. A dor do operado de tórax é sempre muito pequena, porque é norma a secção dos nervos intercostais. No máximo, quando o caso exige, procuramos tranqüilizar o paciente com a Novalgia, utilizando-se igualmente a venoclise gota a gota.

10.5 — CONTRÔLE LABORATORIAL

Ainda dentro das primeiras 24 horas, colhemos sangue para dosagem dos elementos hematológicos eletrolíticos e das proteínas. O contrôlo do equilíbrio salino é rigoroso e entregue geralmente ao internista. Poucas vêzes temos de usar o K (Potássio) em nossas medicações, porque como veremos, alimentamos bem depressa o nosso operado.

10.6 — SANGUE

O contrôlo das proteínas é feito à custa de pequenas e bem dosadas trans-

fusões no post-operatório. É realmente o melhor e mais eficiente meio de restauração dos enfermos operados do tórax. Últimamente vimos dando preferência as papas hemáticas.

10.7 — EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO

Reiniciado ainda na sala de operações, logo após o despertar, por solicitação do próprio anestesista, é mantido ao chegar ao leito um ritmo de pelo menos de hora em hora, tanto pelo assistente como pelas enfermeiras que o acompanham. Costumamos pedir ao paciente que inspire profundamente e tussa. Com êste procedimento, mantemos boa oxigenação do enfêrmo e rapidamente obtemos a re-expansão pulmonar, evitando uma série de complicações pulmonares post-operatória, que vão desde a insuficiência respiratória, por pura atelectasia até a hepatização pulmonar por deposição de fibrina, ou a simples obstrução brônquica por tampão mucoso, com graves repercussões. O preparo psicológico do enfêrmo, a fim de se obter pronta e obediente no post-operatório, depende muito de como foi conduzido o pré-operatório.

10.8 — DRENAGEM

Todo operado de tórax, com raras exceções, são drenados. Ainda na sala, aproveitando-se a pressão positiva do aparelho de anestesia, ligamos a nossa aspiração, a fim de retirar secreção de ar pleural, obtendo-se assim a melhor

expansão pulmonar. Vigiamos atentamente o dreno e só tem autorização para tocá-lo a enfermeira-encarregada, treinada para tal fim. A permanência do dreno, excepcionalmente vai além do 4.º dia. Por essa ocasião, já não há saída de quase nenhuma secreção pelo dreno, fato que constatamos, por observação dos níveis líquidos do aparelho coletor. A retirada do dreno é precedida de radiografia, para constatação da perfeita re-expansão pulmonar.

10.9 — *CONTRÔLE RADIOLÓGICO*

Ja nas primeiras 24 horas, procuramos radiografar o tórax do nosso operado. Verificamos assim o resultado de todos os cuidados antes enumerados para a melhor e total re-expansão pulmonar. Se há zonas que ainda não respiram, intensificamos o exercício respiratório e no dia imediato, por nova radiografia, vamos apreciar o resultado. É cuidado importante e imprescindível em cirurgia torácica.

10.10 — *ALIMENTAÇÃO*

Costumamos passar, na fase da anastomose esôfago-gástrica ou esôfago-ileal, uma sonda pela narina e ultrapassar o sítio da anastomose. Com êste proceder, podemos alimentar nosso paciente, precocemente, sem colocar em risco a firmeza da sutura porque, pela própria sonda, por aspiração, retiramos as secreções intestinais e o alimento que após uma ou duas horas, não seguiu seu curso normal. A presença da sonda

evita assim a hiperpressão no sítio da anastomose. Cirurgiões existem que condenam o uso da sonda gástrica ou jejunal, pelo perigo da masseração da sutura anastomótica. Somos dos que damos pouca importância a êsse fato, porque a masseração é fator mais da êstase do que da presença da sonda, e, com esta evita-se aquela. Além disso, procuramos ultrapassar de bastante o sítio da anastomose e assim jogar no ileon os alimentos, sb a forma líquida, excitando-se com isso o peristaltismo abaixo da sutura, que drena rapidamente, por sucção, tôdas as secreções acima. Temos nos dado bem com êste proceder. Instalado o ritmo peristáltico normal, via de regra no 2.º ou 3.º dia, retiramos a sonda nasal e passamos à alimentação oral. A gelatina gelada, a água albuminosa, são os primeiros alimentos fornecidos. São alimentos que laqueam pela sua passagem as anfractuosidades deixadas pela sutura do esôfago ao órgão gástrico ou intestinal. Aos poucos vamos enriquecendo a alimentação com os caldos de carne, o beef-tea, a papa de batatas, de legumes, mingaus ralos, etc., tudo rigorosamente planejado dentro das calorias desejadas e calculada pelo nutricionista.

11.0 — *COMPLICAÇÕES*

As complicações do post-operatório da cirurgia esofagiana, são imediatas e mediatas ou tardias. Via de regra, até o 14.º dia, há possibilidade de complicações.

11.1 — *COMPLICAÇÕES IMEDIATAS*

Até 72 horas são as complicações decorrentes do próprio ato cirúrgico, tais como :

11.1.1 — *Choque* — caracterizado por sudorese abundante, facies ansioso, baixa de pressão arterial. *Tratamento* : sangue, analépticos cardíacos, aquecimento, sôro e hipertensores. Se a causa é hemorragia post-operatória, re-intervir para coibir a hemorragia. Pode haver um vaso, cuja ligação haja escapado o que é identificado :

- a) no líquido obtido pela drenagem que, cada vez é mais volumoso e mais tinto de sangue;
- b) através a sonda gástrica, que dá saída cada vez a mais sangue, mais ou menos vivo.

11.1.2 — *Insuficiência respiratória* — Conseqüência da :

- a) atelectasia pulmonar, por insuficiente re-expansão ou :
- b) má drenagem, com acúmulo de secreção na pleura e compressão pulmonar. Há sempre hiperpressão torácica neste último caso. Evidenciado o acúmulo líquido, apesar da drenagem, puncionar o tórax. O mau funcionamento do dreno, acarreta a hiperpressão torácica com desvio do mediastino, de graves conseqüências. Daí a importância de se fazer o controle

radiológico do tórax dentro das 24 primeiras horas. A vigilância, por observação dos sintomas que surgem, é tudo na preservação dos acidentes respiratórios. A aspiração tráqueo-brônquica, se impõe, nos casos de tampão mucoso da árvore brônquica.

11.1.3 — *Insuficiência cardíaca e infarte do miocárdio* — Pode ocorrer no post-operatório imediato a insuficiência cardíaca causada ou não por infarte do miocárdio. Apesar de rara, tal complicação foi por nós observada. Tratava-se de enfermos de mais de 40 anos de idade e portadores de esclerose coronariana. A vigilância do internista se impõe fazendo e mcasos de dúvida o traçado eletro-cardiográfico, para diagnóstico e conseqüente tratamento. É no entanto, sempre muito grave complicação.

11.1.4 — *Tremores* — *Abalos musculares* — *Distúrbios neuro-psíquicos* — São comuns nos operados em geral e freqüentes logo após o despertar do paciente. A adição é medicação do post-operatório de uma ampola de fenergan, o mais das vêzes, faz cessar os sintomas. Podem correr à conta de pequeno choque pirogênico, ou por proteína estranha de ordem transfusional.

11.2 — *COMPLICAÇÕES MEDIATAS OU TARDIAS*

São, via de regra as mais graves e em geral de muito mal prognóstico.

11.2.1 — *Anúria* — por deficiência de hidratação ou por síndrome do chamado nefrônio inferior, esta, via de regra relacionada com transfusão de sangue heterólogo, no ato cirúrgico ou no pós-operatório imediato. É resultado de falta de cuidado, portanto evitável. Intensificar a hidratação no 1.º caso e tratar com solução glicosada, bem dosada no 2.º, podendo-se mesmo, nos casos mais graves, ter de lançar mão do rim artificial e da diálise peritoneal, além do hormônio masculino e corticosteróide.

11.2.2 — *Insuficiência respiratória tardia* — Conseqüente:

- a) Hipertensão torácica com compressão pulmonar, por acúmulo de líquido, por hemorragia tardia intra-torácica; rompimento da sutura diafragmática, com passagem de vísceras do abdomen ao tórax. Tôdas elas, causas mecânicas;
- b) Por insuficiência cardíaca com conseqüente edema pulmonar subintrante chegando até ao edema pulmonar agudo.

O tratamento, quando a causa é mecânica, com hipertensão torácica, consta em: 1.º) diminuir a tensão, por punção evacuadora ou e m2.º) coibir a hemorragia por nova intervenção. Igualmente só nova intervenção é capaz de melhorar as condições do enfermo no caso de deiscência da sutura do diafragma.

Quando a causa é cardíaca, cabe ao internista, a tentativa de recuperação.

11.2.3 — *Deiscência da sutura esofágica* — É sem dúvida a mais grave das complicações e a mais temida. Diagnosticada logo ao se instalar, desde que se tenha a felicidade de observá-la, é passível de recuperação. O paciente que estava fazendo um belo pós-operatório, repentinamente se torna pálido, acusa violenta dor no tórax, entra em choque repentino. Uma radiografia praticada, vai mostrar a presença de líquido e ar na pleura. A re-intervenção é grave, porém o único meio capaz de salvar o nosso enfermo. Diagnosticada a complicação tardiamente, já temos de enfrentar uma mediastinite em estado avançado, o que muito agrava o prognóstico. A terapêutica cirúrgica varia naturalmente com a zona da deiscência e a sua extensão. Se é apenas um pertuito, tentar colocar novos pontos fechando-o, recobrimo-o com pleura ou tecido mais ou menos firme, a fim de laqueá-lo. Se a deiscência é mais do que 1/3 da sutura, reavivar as bordas e tentar nova sutura, em tecido firme. O mais das vezes, já se tendo passado mais de 10 dias da 1.ª intervenção, deparamos com zonas necrosadas extensas, tecidos masserados, que tornam mil vezes mais difícil a intervenção e quase ou nada podemos fazer para remediar. Acrescenta-se a tudo isto o mal estado geral do enfermo por ocasião da re-intervenção e calculem a gravidade da situação.

12.0 — *PROGNÓSTICO DO OPERADO DO ESÔFAGO*

A sobrevida dos esofagectomizados é relativamente curta, pelas implicações que determina, maximé quando é seguida de gastrectomia total.

A regurgitação alimentar, com engasgo, fazem temer a alimentação, com caimento do estado geral. A esofagite terminal, conseqüente a irritação pelo suco-gástrico, é outro fato responsável pela má alimentação do esofagectomizado. Por uma higiene alimentar bem conduzida e re-educação consegue-se vencer esta dificuldade.

O contrôle pós-operatório, é imprescindível para evitar a anemia e o decaimento do estado geral.

Transfusões de sangue e boa conduta alimentar além de supletivos de vitaminas e sais minerais, são imprescindíveis.

As metástases são freqüentes, no pulmão, no fígado, no cérebro, independentes do tratamento anterior e impossíveis de controlar. A quimioterapia associada, no ato cirúrgico e no pós-ope-

ratório, apesar de ser cedo para opinar, parece não ter melhorado o prognóstico dos operados do esôfago.

13.0 — *CONCLUSÕES*

Ainda é de muito mau prognóstico o câncer do esôfago na atualidade. As estatísticas mundiais, são pobres, como a nossa. Os avanços alcançados nos 2 últimos decênios, no setor de anestesia, antibióticos, técnica cirúrgica, quimioterapia etc. ainda não impotentes para mudarem o panorama do canceroso do esôfago. A radioterapia, procura por seu turno, com o advento das irradiações de alta voltagem e da Bomba de Cobalto, melhorar também a curabilidade do câncer esofagiano, porém, tal como a cirurgia, poucos resultados satisfatórios tem obtido. Só o diagnóstico precoce, com lesão ainda bem pequena seria capaz de dar resultados terapêuticos mais favoráveis, seja pela cirurgia ou pelas irradiações.

Mas, infelizmente, o câncer do esôfago é das localizações que é de difícil detecção.