
DIVULGAÇÃO

Diagnóstico do câncer do esôfago

ALBERTO COUTINHO

Diretor do I.N.C.

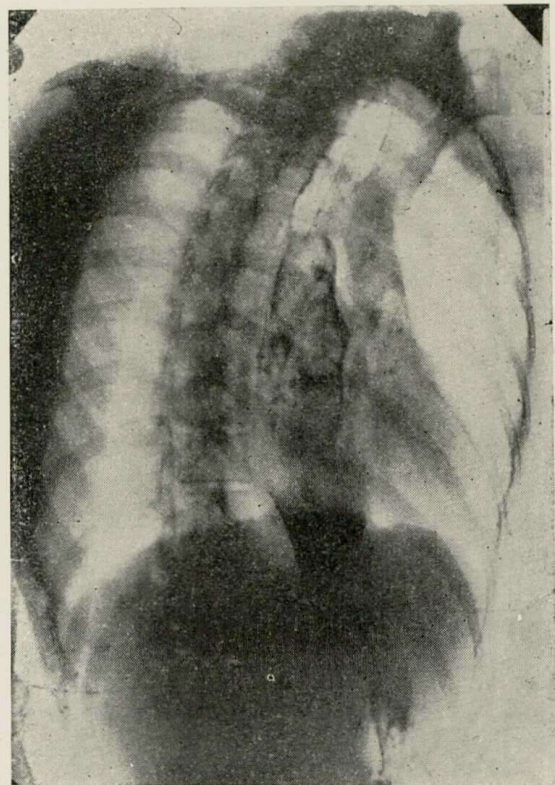
O câncer do esôfago se apresenta principalmente no sexo masculino: 11% no homem e 13% na mulher (Fischer, Leuduig).

Observa-se com maior frequência de pois dos 45 anos. Quando os doentes procuram a clínica, em geral já decorreram 6 a 9 meses do início de seu mal: apresentam-se emagrecidos e narram um passado mórbido de perturbação na deglutição. Informam que os alimentos custam a transitar até o estômago e que, ao passarem através do esôfago, provocam dores em determinado ponto e são, por vèzes, rejeitados. Com o correr do tempo, se, a princípio, a dificuldade era unicamente para os alimentos sólidos, passa a ser para os pastosos e até mesmo para os líquidos. Em face da impossibilidade duma alimentação normal sobrevém a perda rápida de pêso com as suas sequelas: anemia, fadiga, etc. Quando o paciente atinge a um estado avançado da doença é comum apresentar regurgitação, vômitos e abundante salivação. Neste estado a nutrição se acha muito comprometida e os doentes chegam a estado deplorável de emagrecimento. É a época em que se apresentam as complicações devidas à invasão tumoral dos órgãos vizinhos e expansão neoplásica através do sistema linfático.

Se considerarmos os sintomas próprios ao câncer do esôfago podemos acompanhar a marcha da doença desde que mencionemos a ordem cronológica

do aparecimento dos mesmos, tendo em vista a frequência em que são observados.

1º) DISFAGIA — Sendo o câncer uma afecção produtiva, tôda vez que atingir um órgão ôco, tende certamente a ocluí-lo. A estenose, por infiltração ou proliferação, é sempre progressiva e



Megaesôfago

daí a dificuldade crescente à deglutição que os portadores de câncer do esôfago apresentam. Os pequenos embaraços para os alimentos sólidos, depois a impossibilidade de degluti-los, o mesmo acontecendo para os alimentos pasto-



Câncer do esôfago — Ectasia da porção pré-estenótica

tos e, em seguida, para os próprios líquidos. Um caráter especial da disfagia cancerosa é que, dentro da sua progressão constante, há períodos de melhoria e agravação. Acontece tal fato quando há ulceração tumoral e os filetes nervosos sofrem a ação traumática e irritação infecciosa, resultando daí crises espasmódicas. O uso de atropina em doses elevadas faz cessar ou diminuir estes espasmos e o doente, sob a ação medicamentosa, apresenta melhoras apreciáveis na sua disfagia.

Este sintoma é o mais freqüente podendo mesmo se afirmar que raras vezes deixa de ser observado como sinal inicial da enfermidade. Os autores, como Farrell, o encontraram em 96% dos casos observados. A disfagia geralmente data de 6 a 9 meses

quando da 1ª consulta. Por vezes é preciso insistir junto ao doente sobre a data do seu aparecimento, que é confundida como sendo *engasgo*, leve pressão à passagem do bôlo alimentar ou irritação na garganta como se houvesse pequeno embaraço.

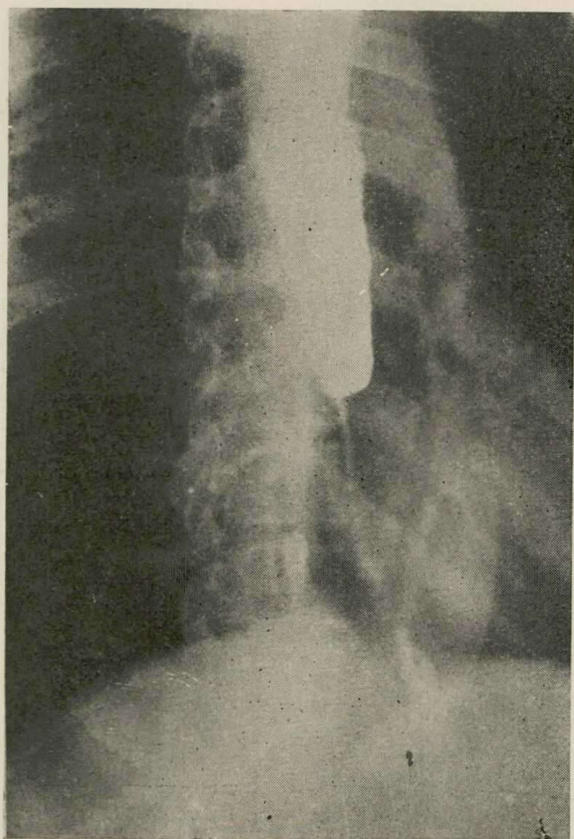
2º) DOR — Desde que se processa a estenose, a deglutição torna-se algo dolorosa. Resulta em princípio da tensão do bôlo alimentar em sua passagem através a zona estreitada e, posteriormente, pelo atrito que o mesmo exerce sobre as superfícies cruentas do câncer ulcerado. A dor nunca é pungente e, de acôrdo com a localização do tumor, é sentida na região cervical para os cânceres altos, intra-escapular, retro-esternal nas localizações endotorácicas e epigástrica dos cânceres do 1/3 inferior do esôfago. Nos cânceres chamados de bôca do esôfago, que estão incluídos na categoria dos cânceres do hipofarínge, o paciente acusa sensação dolorosa



Câncer do esôfago — Fístula esôfago-brônquica

permanente como se aí houvesse um corpo estranho (que muitos doentes acreditam ser uma espinha de peixe) e que se exacerba durante o primeiro e segundo tempo de deglutição.

3º) REGURGITAÇÃO E VÔMITO — Ambos os sintomas são consecutivos à estenose e se apresentam em elevada incidência estando a sua presença ligada ao fator obstrutivo. Assim todo canceroso do esôfago, mais cedo ou mais tarde, forçosamente, apresentará os sintomas mencionados.



Estenose cicatricial do esôfago

A regurgitação é nítida principalmente para os cânceres altos e consiste na rejeição dos alimentos assim que deglutidos. Os vômitos são mais tardios e se apresentam em tempo variável de acôrdo com a altura da obstrução e as modificações parietais do esôfago. Des-

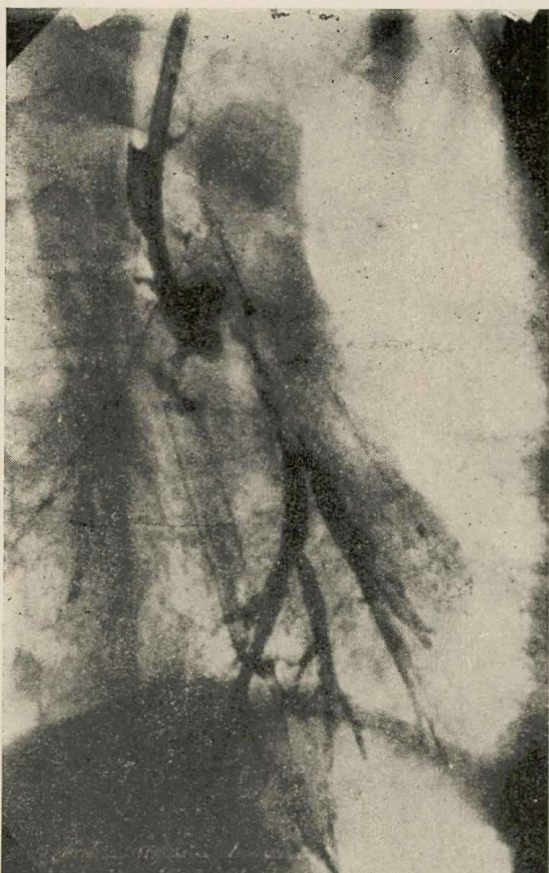
se modo verificamos que, quanto mais baixa fôr a estenose, mais tardio será o vômito. O estreitamento neoplásico do esôfago acompanha-se freqüentemente por uma retro dilatação do órgão, sinal êste peculiar à natureza da afecção. A retro dilatação é consecutiva a dois fatores: a perda de elasticidade do esôfago decorrente do processo maligno e a ação mecânica distensiva dos alimentos ingeridos. Nos casos de apreciável dilatação retro estrutural, observam-se copiosos vômitos constituídos por alimentos deglutidos em épocas diferentes de mistura com sangue e mesmo fragmentos tumorosos. As matérias rejeitadas, nauseabundas, bem dão mostra dos processos fermentativos e infecciosos que existem no interior das dilatações esofagianas. Os pacientes, nes-



Câncer do têrço médio do esôfago

tes casos, apresentam hálito extremamente fétido e o seu estado geral bem demonstra o avançado das suas lesões.

4º) TOSSE — Sintoma freqüentemente relatado nos casos em que a estenose é acentuada. Três são os motivos da tosse. A subnutrição, que pode acarretar a eclosão de processos pulmonares, o refluxo do conteúdo esofagia-



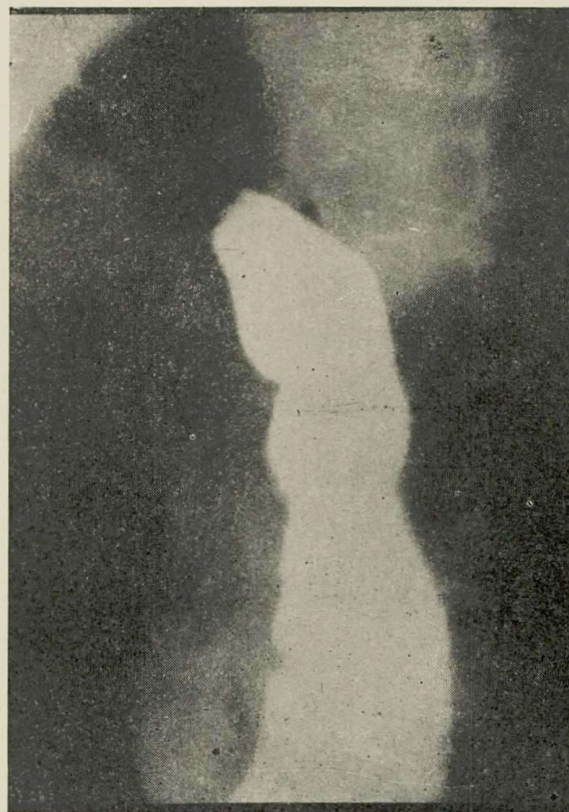
Câncer do esôfago — Fístula esôfago-brônquica

no para a traquéia e as fístulas esôfago-traqueais ou esôfago-brônquicas. A tosse é, portanto, um fenômeno tardio que indica, nos casos avançados, as perturbações esôfago-respiratórias complicando enormemente o quadro clínico como bem se pode prever. Nestes casos, o paciente é acometido de acessos quin-todos toda vez que se alimenta podendo chegar a verdadeiras crises de asfixia. Observamos um paciente que durante

a exploração radiológica do esôfago apresentou súbita perfuração brônquica seguida de tosse intensa, cianose, angústia; o exame radiológico realizado evidenciou o enchimento da árvore brônquica pelo contraste.

5º) OUTROS SINTOMAS — Devemos nos referir a outros sinais observados no câncer do esôfago como: hematemese, rouquidão progressiva devido ao comprometimento dos nervos laríngeos superiores (para as localizações altas) e adenopatias supra-claviculares.

O exame clínico do doente não permite grandes achados. São pacientes emagrecidos, não raro em lamentável estado de subnutrição e desidratação chegando a caquexia multi-carencial. É de notar que eles conservam o apetite e muitos insistem em ingerir alimento na ânsia de se nutrirem. A língua é seca, saburrosa e o hálito é fétido



Megasôfago

nos casos avançados. É notada, na maioria dos enfermos, abundante salivação tida como de origem reflexa e conhecida sob a designação de reflexo esôfago-salivar de Roger. A tosse é notada com frequência quando a doença é vista em estado avançado. Podem ser verificadas metástases abdominais (fígado), ganglionares (supra-claviculares) e pulmonares. A pesquisa do sangue oculto nas fezes revela-se com frequência positiva.

O exame clínico deve ser completado com a exploração radiológica do esôfago e a esofagoscopia. A radiografia é um elemento precioso e indispensável de diagnóstico.

Ela nos permite verificar a altura e extensão do processo neoplásico, a coexistência de fístula esôfago-respiratória como também o estado dos campos pulmonares, do mediastino e do coração. Não esquecer a existência de compressões extrínsecas do esôfago por tumores mediastinais que podem levar à confusão com o câncer esofágico. O sinal radiológico é o defeito de enchimento, é a estenose, a perda da motilidade parietal substituída por rigidez e a dilatação retro-estritural.

A esofagoscopia, que deve ser procedida após o exame radiológico, permite observar o aspecto da lesão, o grau de estreitamento e outras condições mórbidas que porventura coexistam.

Ela nos faculta a retirada de material para exame histológico, elemento básico para o diagnóstico de tumor maligno.

É mister considerar que alguns cânceres esofágicos são precedidos de processos de hiperplasia epitelial papilomatosa e a zona degenerada não raro deixa de ser observada à endoscopia. Em casos como estes, havendo suficientes dados clínicos a favor do câncer esofágico, a biopsia deve ser repetida tantas vezes quantas forem necessárias.

É importante usar de máxima prudência durante a esofagoscopia. O tubo deve ser introduzido lentamente e sob controle a fim de serem evitados graves acidentes (perfuração, hemorragias...).

O câncer do esôfago deve ser diferenciado de afecções que podem simulá-lo, tais como as compressões extrínsecas, divertículos, esofagites crônicas, estreitamentos cicatriciais, mal de engasgo e certos estados nervosos acompanhados de disfagia, dor torácica, angústia.

Atualmente, quando a cirurgia do esôfago se tornou um processo corrente de tratamento desta afecção e os casos curados se acumulam diariamente, é mister, para melhorar as nossas conquistas terapêuticas, que se proceda com a máxima oportunidade ao diagnóstico do câncer inicial deste órgão. Assim pensando foi que tomamos a iniciativa de escrever este artigo.

