

CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO ESÔFAGO

SMALL CELL CARCINOMA OF THE ESOPHAGUS

Hamilton Petry de Souza, TCBC-RS¹
Jarcedy Machado Alves²
Gilmara Pandolfo³

INTRODUÇÃO

O carcinoma primário de pequenas células do esôfago foi inicialmente descrito por Mckeown em 1952.⁴ Trata-se de um tumor raro, com cerca de 170 casos relatados na literatura mundial.³ Do ponto de vista morfológico, é semelhante ao carcinoma de pequenas células do pulmão; caracteriza-se pela disseminação precoce e prognóstico reservado, quando não tratado. O manejo do carcinoma de pequenas células do esôfago permanece controverso, com grupos relatando tratamento baseado na cirurgia como método isolado, radioterapia local, quimioterapia isolada ou cirurgia seguida de terapia adjuvante.^{1,2,3,5} A sobrevida global permanece sendo reservada, com uma média de 5,1 meses, onde os melhores resultados são encontrados nos pacientes que se submeteram à ressecção cirúrgica seguida de quimioterapia adjuvante.²

A presente descrição trata do relato de dois casos de carcinoma de pequenas células de esôfago, ocorridos num período de três anos, manejados no serviço de cirurgia geral do Hospital São Lucas da PUC (HSL), Porto Alegre.

RELATO DE CASO

Caso 1

Paciente de 64 anos, do sexo feminino, branca, pensio-nista, admitida no HSL com história de disfagia progressiva para sólidos, sintomas dispépticos e perda ponderal de 7kg há quatro meses. Era tabagista, com aproximadamente vinte cigarros/dia durante trinta anos. Negava história de etilismo. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, apresentando como única manifestação dor de moderada intensidade, à palpação profunda, na região epigástrica.

Os exames laboratoriais, incluindo hemograma, bioquímica e provas de função hepática, não apresentavam alterações. A radiografia contrastada, com bário, do esôfago, estô-

magô e duodeno (REED) mostrou estreitamento esofágico no terço inferior do esôfago. A endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou, a 25cm da arcada dentária superior, uma lesão de 5cm de diâmetro, com bordos elevados, endurecidos, com ulceração central, ocupando a luz do esôfago. A radiografia simples do tórax não mostrava alterações. A tomografia computadorizada (TC) do tórax evidenciou uma lesão expansiva, pertencente ao esôfago, com projeção para as estruturas mediastinais. A TC de abdome era normal. O exame anatomopatológico da biópsia realizada através da endoscopia digestiva alta concluiu que se tratava de um carcinoma indiferenciado de pequenas células do esôfago.

De posse dos resultados dos exames complementares, a paciente foi submetida à esofagectomia total por toracotomia direita e anastomose esôfago-gástrica cervical, após liberação gástrica por laparotomia, além de piloroplastia e jejunostomia. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o achado da biópsia. Os linfonodos ressecados não apresentavam invasão tumoral.

Três meses após a cirurgia, a paciente realizou seis ciclos de quimioterapia com Cisplatina (DDP) e Etoposide (VP 16); seguida, quatro meses após, de radioterapia do mediastino (total de 5000 Cgy, divididos em 25 sessões, num período de cinco semanas).

No momento, a paciente encontra-se em bom estado geral, sem manifestações clínicas, laboratoriais (provas de função hepática normais) e radiológicas (Rx de tórax, ultrasonografia de abdome, REED, EDA, TC de tórax e cintilografia óssea normais) de recidiva, completando três anos de sobrevida livre de doença.

Caso 2

Paciente de 51 anos, do sexo feminino, branca, agricultora, procurou o serviço de cirurgia geral deste hospital, com queixa de disfagia para sólidos e odinofagia há dois meses.

1. Professor Auxiliar da Disciplina de Cirurgia Abdominal da FMPUC-RS; Coordenador do Departamento de Cirurgia da FMPUC-RS; Chefe da Residência em Cirurgia do Trauma do HPS-PA.

2. Professor Auxiliar da Disciplina de Cirurgia Abdominal da FMPUC-RS.

3. Doutoranda da FMPUC-RS.

Recebido em 9/1/98

Aceito para publicação em 11/5/98

Trabalho do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas da PUC-RS e do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUC-RS.

Era tabagista de dez cigarros/dia por um período superior a trinta anos e etilista (usuária de bebida destilada de forma regular).

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral e não apresentava linfadenomegalias palpáveis. Os exames laboratoriais (hemograma, bioquímica e provas de função hepática) apresentavam-se normais. O REED e a endoscopia digestiva alta evidenciaram uma lesão infiltrativa no terço distal do esôfago.

A radiografia simples de tórax não apresentava anormalidades.

À TC do abdome visualizou-se uma massa no terço distal do esôfago, com provável comprometimento da junção gastroesofágica e com extensão, através de linfadenomegalia, para o interior do abdome.

A TC do tórax mostrava uma lesão expansiva, com densidade de partes moles, pertencente ao esôfago e com extensa lesão projetando-se para as estruturas mediastinais. A lesão iniciava 5cm abaixo da carina traqueal, com extensão de 8cm, comprometendo a junção esôfago-gástrica. O exame anatomopatológico da biópsia realizada através da endoscopia digestiva alta evidenciou um carcinoma indiferenciado de pequenas células do esôfago.

A paciente foi submetida a esofagectomia total, com linfadenectomia, vagotomia, piloroplastia e levantamento gástrico. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou o achado da biópsia e detectou a presença de metástases em massa de linfonodos isolados junto ao esôfago terminal; ausência de metástases em linfonodos periesofágicos e perigástricos.

No momento, a paciente encontra-se em bom estado geral, assintomática, completando dez meses de sobrevida, sem evidências de recidiva tumoral.

DISCUSSÃO

O carcinoma de pequenas células do esôfago é uma neoplasia rara, cuja prevalência varia de 0,05% a 7,6% entre todos os tumores esofágicos.^{3,5} É mais freqüente em homens, na sexta e sétima década de vida, com idade média de 64 anos. A

manifestação clínica mais prevalente é a disfagia, seguida de perda de peso. A história de tabagismo e etilismo geralmente está presente.^{2,4}

Quanto à localização, o tumor pode acometer os três terços do esôfago, sendo que há uma predominância dos terços médio e inferior.^{2,3}

O carcinoma de pequenas células do esôfago apresenta imuno-histoquímica, histoquímica e histologia semelhantes às do carcinoma de pequenas células do pulmão, sugerindo que ambos tenham uma origem similar.^{1,2,14} Caracterizam-se pelo crescimento rápido e disseminação precoce, principalmente para o fígado, pulmões, linfonodos mediastinais e ossos, o que reduz o número de casos operáveis no momento do diagnóstico.^{1,2,3}

O tratamento ideal para o carcinoma de pequenas células do esôfago não está definido; entretanto, pacientes com doença operável devem ser tratados com ressecção cirúrgica em combinação com quimioterapia adjuvante.² Outros autores têm sugerido radioterapia adicional do mediastino, quando o mesmo está envolvido.^{1,2}

As características clínicas dos casos relatados foram semelhantes às referidas na literatura, especialmente quanto à apresentação clínica inicial, a faixa etária acometida, a associação com o tabagismo e etilismo e a localização do tumor no esôfago. A única discordância foi em relação ao sexo mais freqüentemente acometido, uma vez que ambas as pacientes do relato eram do sexo feminino, ao contrário dos dados encontrados na literatura.

O tratamento do carcinoma de pequenas células do esôfago permanece sendo um tema polêmico, pois, tratando-se de uma neoplasia rara, onde menos de duzentos casos foram relatados na literatura e, somando-se ao fato de tratar-se de um tumor muito agressivo, do ponto de vista de comportamento e evolução, grandes estudos comparando os resultados das diversas modalidades terapêuticas ficam prejudicados. Há um consenso de que estes tumores, assim como o carcinoma de pequenas células de pulmão, respondem bem à quimioterapia; entretanto, tumores em estágios passíveis de serem operados devem ser manejados com tratamento cirúrgico em combinação com a quimioterapia adjuvante.²

ABSTRACT

Small cell carcinoma of the esophagus is a rare tumor, described to the first time by Mckeown in 1952. Clinically it is very similar to small cell carcinoma of the lung, with quick evolution and early dissemination. It is more frequent in men between 60 and 70 years of age. The patients usually have dysphagia and weight loss. Most of the tumours arise in the middle and distal third of the esophagus. Chronic alcohol and tobacco use are usually present. The manegement of primary small cell cancer of the esophagus remains controversial with groups reporting treatment based on operation alone, local radiotherapy, chemotherapy alone, or operation with adjuvant therapy. Overall survival remains poor at a mean of 5.1 months, with the best rate of survival in patients undergoing operation with adjuvant chemotherapy. The authors relate two cases of a small cell carcinoma of the esophagus. Both of these patients was female and white, with 51 and 64 years old. The first mainestation was dysphagia and weight loss. Histologic study from endoscopic biopsies reveled the diagnosis. The treatment was, in the both

cases surgery, however in one case, chemotherapy and mediastinal irradiation was associated to the resection. The authors comment the more important aspects about this pathology, and the treatment and survival of the patients.

Key Words: *Esophagus; Cancer of the esophagus; Small cell carcinoma.*

REFERÊNCIAS

1. Caldwell CB, Bains MS, Burt M – Unusual malignant neoplasms of the esophagus. *Thorac Cardiovasc Surg* 1991;101:100-7.
2. Craig SR, Carey FA, Walkers WS, et al – Primary small-cell cancer of the esophagus. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 1995;109:284-8.
3. De Macedo JLS, Ribeiro EE, Da Silva MB, et al – Carcinoma de pequenas células do esôfago. *Rev Col Bras Cir* 1997;24:270-2.
4. McKeown F – Oat cell carcinoma of the esophagus. *J Pathol Bacteriol* 1952;16: 99-107.
5. Nichols GL, Kelsen DP – Small cell carcinoma of the esophagus: the Memorial Hospital experience 1970-1987. *Cancer* 1989;64: 1.531-33.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Hamilton Petry de Souza
Rua Antônio Parreiras, 145 Ap. 401
90450-050 – Porto Alegre – RS

IX CONGRESSO REGIONAL DE CIRURGIA DO NÚCLEO CENTRAL DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

XIII FÓRUM DE PESQUISA EM CIRURGIA

13 a 17 de setembro de 1998

Centro de Convenções Colégio Brasileiro de Cirurgiões