

## ASSOCIAÇÃO ENTRE MEGAESÔFAGO E CARCINOMA DE ESÔFAGO

Ademir Rocha, Hipólito de Oliveira Almeida,  
Fued Elias Esper, Douglas Marra de Moraes,  
Edivar Pereira dos Santos e Vicente de Paula Antunes Teixeira

*Analisa-se, em material de necropsias, a ocorrência de carcinoma esofágico em não-chagásicos e em chagásicos com e sem megaesôfago.*

*Observou-se um aumento altamente significativo da frequência do carcinoma de esôfago associado ao megaesôfago, em relação aos controles e aos chagásicos sem megaesôfago. A associação entre carcinoma esofágico e infecção chagásica não foi estatisticamente significativa.*

Palavras chaves: Megaesôfago. Carcinoma de esôfago. Doença de Chagas, Câncer Necropsias.

O carcinoma de esôfago (CaE) é considerado, correntemente, como uma das complicações do megaesôfago (ME), seja o chagásico (MECh), seja o idiopático (MEI).

Ao revermos a literatura, constatamos a publicação de 54 casos da associação CaE-MECh<sup>3 5 7 8 9 10 12</sup>. Em termos percentuais, as frequências registradas de CaE no MECh variam de 1,1<sup>1</sup> a 6,6%<sup>5</sup>. Não se tem avaliado, todavia, se tal associação é ocasional ou estatisticamente significativa. Uma outra possibilidade até agora não analisada é a de que o CaE se relacione à infecção chagásica, e não ao "mega"; em outras palavras, o indivíduo teria maior propensão ao CaE por ser chagásico, e não por ter ME.

Trabalhando em região endêmica da tripanosomose americana, na qual é freqüente o diagnós-

tico de ME, propomo-nos analisar, comparativamente, em material de necropsias, a ocorrência do CaE em não-chagásicos e em chagásicos com e sem ME.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos os protocolos de todas as necropsias efetuadas nos serviços de Anatomia Patológica do Centro de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Uberlândia e da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (Uberaba), no período de janeiro de 1956 a maio de 1982. Dada a raridade, na infância, tanto do MECh, quanto do CaE, apenas se consideraram as necropsias de indivíduos que tinham 15 ou mais anos de idade. Desprezaram-se os casos em que o tórax não foi examinado e em que a idade não foi anotada. Com tais restrições, restou um total de 3.474 casos, que foram divididos nos seguintes grupos: chagásicos com ME; chagásicos sem ME; não-chagásicos. Cada um destes grupos foi analisado quanto à ocorrência ou não de CaE, tanto globalmente quanto subdivididos por faixas etárias.

Dentre os carcinomas esofágicos, considerou-se apenas o carcinoma espinocelular (ou epidermóide, ou de células escamosas), já que os adenocarci-

\* Trabalho dos serviços de Cirurgia e Anatomia Patológica do Centro de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Uberlândia, e da disciplina de Patologia Geral da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (Uberaba)

Endereço para correspondência: Ademir Rocha — Serviço de Anatomia Patológica do Centro de Ciências Biomédicas — Universidade Federal de Uberlândia — Campus Umuarama — Uberlândia — MG — 38.400

Recebido para publicação em 26-4-83

nomas verificados eram da região cárdica ou atingiam simultaneamente o esôfago e o estômago, de forma a não se poder excluir sua origem gástrica.

Nos estudos estatísticos, empregou-se o teste do  $\chi^2$  (quiquadrado).

## RESULTADOS

A avaliação dos 3.474 protocolos de necropsias selecionados e revistos mostrou os dados que constam das Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 — Ocorrência de carcinoma do esôfago (CaE) em necropsias de chagásicos com e sem megaesôfago (ME), e não-chagásicos, no Triângulo Mineiro, no período de 1956-1982

|                   | Nº de casos | Casos com CaE |
|-------------------|-------------|---------------|
| Chagásicos com ME | 107         | 5 (4,6%)      |
| Chagásicos sem ME | 1352        | 7 (0,5%)      |
| Não chagásicos    | 2015        | 11 (0,5%)     |

Tabela 2 — Ocorrência de carcinoma do esôfago (CaE) em necropsias de chagásicos com e sem megaesôfago, e não-chagásicos, por década etária, no Triângulo Mineiro, no período de 1956-1982

| Grupo etário<br>(em anos) | Chagásicos com ME |               | Chagásicos sem ME |               | Não-chagásicos |               |
|---------------------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|----------------|---------------|
|                           | Nº de casos       | Casos com CaE | Nº de casos       | Casos com CaE | Nº de casos    | Casos com CaE |
| 15 — 24                   | 04                | —             | 97                | —             | 297            | —             |
| 25 — 34                   | 10                | —             | 243               | —             | 340            | —             |
| 35 — 44                   | 25                | 1( 4 %)       | 316               | —             | 358            | 3(0,08%)      |
| 45 — 54                   | 21                | —             | 264               | 3(1,1%)       | 352            | 6(1,7 %)      |
| 55 — 64                   | 30                | 3(10 %)       | 210               | 2(0,9%)       | 284            | 1(0,3 %)      |
| 65 — 74                   | 15                | 1( 6,6%)      | 155               | 2(1,2%)       | 249            | 1(0,4 %)      |
| 75 em diante              | 02                | —             | 67                | —             | 135            | —             |
| Total                     | 107               | 5( 4,6%)      | 1.352             | 7(0,5%)       | 2.015          | 11(0,5 %)     |

## DISCUSSÃO

Conforme os dados das tabelas, a ocorrência de CaE em não-chagásicos e em chagásicos sem ME foi semelhante (0,5% para cada grupo). Assim, a simples infecção pelo *Trypanosoma cruzi* não deve interferir na frequência do CaE em nossa região.

Segundo os dados da Tabela 1, a ocorrência de CaE foi significativamente maior no grupo de chagásicos com ME em relação aos demais. A subdivisão dos grupos por faixas etárias (Tabela 2) mostrou idêntico predomínio, exceto na década de 45 a 54 anos.

Estes dados concordam com os achados de Chapadeiro e cols<sup>4</sup>, para a associação de tumores em geral (incluindo os esofágicos) e doença de Chagas, também no Triângulo Mineiro. Tal concordância não se deu, todavia, com as observações de Lustig e cols.<sup>6</sup>, na Argentina. Estes autores, através de testes sorológicos, detectaram 49 chagásicos

entre 474 portadores de tumores que procuraram um Instituto de Oncologia de Buenos Aires; no mesmo período e na mesma instituição, outros 422 indivíduos, sem patologia tumoral, foram atendidos; destes, 25 eram chagásicos. Com base nos referidos dados, afirmam que a freqüência de tumores foi significativamente maior nos chagásicos, em relação aos sorologicamente negativos ( $p < 0,05$ ). Entre os pacientes com algum tumor, 48% dos chagásicos tinham vivido por longo tempo no norte da Argentina (zona endêmica da tripanossomose) contra apenas 14% dos não-chagásicos. Comparando as sedes dos tumores, os mesmos autores ainda observaram freqüência significativamente maior de câncer do esôfago e do colo uterino no grupo chagásico. De acordo com os citados autores, tais diferenças poderiam devese, em parte, à discrepância geográfica já citada: no norte do país, onde viveu quase metade dos chagásicos, as citadas formas de câncer são mais freqüentes.

Alguns aspectos dificultam, a nosso ver, a comparação entre nossos achados e os de Lustig e cols. 1) a casuística destes autores foi representada por uma amostra relativamente pequena e selecionada de chagásicos; 2) as populações de chagásicos e não-chagásicos analisadas parecem muito heterogêneas geograficamente; 3) os pacientes não-chagásicos constituíram um grupo pouco representativo de controles, sob o ponto de vista qualitativo; 4) quanto à relação com o ME, este, como outros "megas" chagásicos, é infreqüente na Argentina. De qualquer forma, não se pode, evidentemente, excluir que a infecção chagásica naquele país se comporte de forma diversa da observada entre nós também no que respeita aos tumores em geral e ao CaE.

Em nosso material, foi altamente significativo o aumento da freqüência do CaE associado ao MECh, em relação aos controles e aos chagásicos sem ME. Esta maior freqüência de CaE em chagásicos com ME que nos sem ME, não se explica pela hipótese de maior sobrevida daqueles que destes. De fato, o pareamento por faixa etária (Tabela 2) ainda mostra maior freqüência de CaE nos chagásicos com "megas" (a não ser no grupo de 45 a 54 anos, em que não tivemos nenhum caso de CaE dentre os portadores de ME). O mesmo se pode dizer em relação aos não-chagásicos. A propósito, este predomínio de CaE em portadores de ME, relativamente à população geral, já fora observado ou sugerido por Câmara-Lopes<sup>3</sup>, Rezen-

de<sup>6</sup>, e Pinotti e cols.<sup>7</sup>, com base em dados clínicos e cirúrgicos.

#### SUMMARY

*We analysed, in autopsies, the occurrence of esophagic carcinoma in non-chagasic patients and in chagasic ones with and without megaesophagus.*

*The frequency of esophagic carcinoma was significantly higher in patients with megaesophagus than in controls and chagasic patients without megaesophagus.*

*The association between carcinoma of the esophagus and chagasic infection per se was not statistically significant.*

Key words: Megaesophagus. Carcinoma of esophagus. Chagas disease. Cancer. Autopsies.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade Z A. Patologia de la enfermedad de Chagas. In: 12º Congreso Argentino de Gastroenterología, Buenos Aires, 2-7 de novembro de 1975. Citado por: Rezende, J.M.<sup>9</sup>
2. Brandalise N A, Leonardi L S, Torre C A D, Morisot P. Carcinoma do esôfago em megaesôfago chagásico após operação de Merendino. *Revista Paulista de Medicina* 83:169-172, 1974.
3. Camara Lopes L H. Carcinoma of the esophagus as a complication of megaesophagus. An analysis of seven cases. *American Journal of Digestive Diseases* 6:742-756, 1961.
4. Chapadeiro E, Lopes E R, Mesquita P M, Pereira F E L. Ocorrência de neoplasias malignas associadas à doença de Chagas. *O Hospital* 66:791-794, 1964.
5. Huggins D. Carcinoma do esôfago associado ao megaesôfago chagásico (relato de um caso). *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Lisboa)* 4:1-4, 1976.
6. Lustig E S, Puricelli L, Bal E, Lanseti J C. Association of Chagas disease and cancer. *Medicina (Buenos Aires)* 40:43-46, 1980.
7. Pinotti H W, Pollara W M, Gemperli R, Raia A A. O problema do câncer no megaesôfago. *Revista da Associação Médica Brasileira* 26:379-381, 1980.
8. Raia A A. Megaesôfago. In: Zerbini E J. *Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto*, 3ª edição, vol. 4. Sarvier, São Paulo, p. 181-204, 1974.
9. Rezende, J M. Manifestações digestivas da doença de Chagas, In: Dani R, Castro L P. *Gastroenterologia Clínica*, volume 2. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p. 1141-1168, 1981.

Rocha A, Almeida HO, Esper FE, Moraes DM, Santos EP, Teixeira VPA. A associação entre megaesôfago e carcinoma de esôfago. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 16:94-97, Abr-Jun, 1983

10. Rocha A, Henrique D, Borges E G, Oliveira V L, Soares V M G, Moraes A T, Teixeira V P A, Almeida H O. Complicações do megacólon e megaesôfago chagásico observadas em necropsia. *Revista Goiana de Medicina* 27:53-62, 1981.
11. Wychulis A R, Woolam G L, Andersen H A, Ellis F H, Jr. Achalasia and carcinoma of the esophagus. *JAMA* 215:1638-1641, 1971.
12. Zillioto Jr, A, Kunzle J E, Araujo E J, Ricci G O. Carcinoma espinocelular de esôfago. Experiência em 56 casos. *Revista da Associação Médica Brasileira* 27:253-256, 1981.