

## CARCINOMA DO ESÔFAGO COM INVASÃO DO CANAL MEDULAR – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA\*

Linei A.B.D. Urban<sup>1</sup>, Enio Rogacheski<sup>2</sup>, Jorge A. Ledesma<sup>2</sup>, Maurício Zapparoli<sup>3</sup>, Maria Cecília B. Duarte<sup>3</sup>, Danielle G. Sakamoto<sup>4</sup>

**Resumo** Os autores apresentam o caso de paciente do sexo masculino, 62 anos de idade, com emagrecimento há quatro meses e diminuição da força muscular associada a parestesias em membros inferiores há dois dias. Foi submetido a mielotomografia, que demonstrou massa no mediastino posterior com destruição dos corpos vertebrais e invasão do canal medular, além de espessamento irregular das paredes do esôfago. Na evolução, foi submetido a estudo contrastado do esôfago, que demonstrou falha de enchimento irregular. A biópsia confirmou a presença de carcinoma de células escamosas. Este é o primeiro relato na literatura latino-americana (Lilacs) de carcinoma de esôfago com invasão de canal medular e manifestação inicial de síndrome de compressão medular.

**Unitermos:** Neoplasia de esôfago. Compressão medular. Carcinoma. Células escamosas. Mielografia.

**Abstract** *Esophageal carcinoma extending into the spinal canal – case report and review of the literature.*

The authors report the case of a 62-year-old male with a 4 month history of weight loss and a 2 day complaint of weakness and paresthesia on the lower limbs. A computed tomography myelogram revealed a mass in the posterior mediastinum associated with destruction of the vertebral body, spinal canal extension and irregular esophageal wall thickening. The patient was later submitted to a barium esophagogram that showed an irregular filling defect. A biopsy confirmed the presence of a squamous cell carcinoma. This is the first report in the Latin-American literature (Lilacs) of a patient with an esophageal carcinoma with spinal canal extension and spinal cord compression syndrome at initial presentation.

**Key words:** Esophageal neoplasms. Spinal cord compression. Carcinoma. Squamous cell. Myelography.

### INTRODUÇÃO

O carcinoma de esôfago é um tumor que comumente se apresenta com perda de peso de curta duração e disfagia progressiva<sup>(1)</sup>. A maioria dos pacientes já tem avanço da doença além do esôfago no momento do diagnóstico, porém raramente com invasão do canal medular<sup>(2-7)</sup>.

Os autores relatam, neste trabalho, um caso de carcinoma de esôfago com invasão da coluna vertebral e canal medular, que se apresentou com clínica de síndrome de compressão medular.

### RELATO DO CASO

Paciente de 62 anos de idade, sexo masculino, com história de emagrecimento há quatro meses e diminuição da força muscular, associada a parestesias em membros inferiores, com nível sensitivo, de início súbito há dois dias.

Foi submetido a mielotomografia, que demonstrou massa no mediastino posterior, com invasão e destruição de corpos vertebrais em coluna torácica e invasão do canal medular. Também se observaram dilatação da luz e espessamento irregular das paredes do esôfago (Figuras 1, 2 e 3).

No período da evolução foi submetido a estudo contrastado do esôfago, que demonstrou falha de enchimento irregular no terço médio do esôfago (Figura 4).

A avaliação diagnóstica foi complementada por estudo com endoscopia digestiva alta, que demonstrou esôfago alterado, com lesão tumoral vegetante, anelar, substenosante e rígida, localizada no terço médio (Figura 5). A biópsia evidenciou carcinoma de células escamosas, pouco diferenciado, invasor.

### DISCUSSÃO

O carcinoma de esôfago, responsável por aproximadamente 6% dos casos de câncer do trato digestivo, é uma condição que tem alta taxa de mortalidade. Sua incidência é de 3,5/1.000.000 na população branca e de 13,5/100.000 na população negra, segundo dados da literatura norte-americana<sup>(1)</sup>.

O tipo histológico mais comum é o carcinoma escamocelular, que compreende 75% dos casos, seguido do adenocarcinoma. Outros tipos histológicos são raros. São tumores que mais comumente acometem o terço médio do esôfago (45%), seguido do terço distal (40%) e terço proximal (15%). Os principais fatores causais envolvidos na carcinogênese são o consumo excessivo de álcool e o tabagismo<sup>(1)</sup>.

Na apresentação clínica a maioria dos pacientes queixa-se de disfagia progressiva e perda de peso<sup>(1)</sup>. Rouquidão e dor torácica são sintomas menos comuns. Não existe, na literatura, descrição de sintomas neurológicos como manifestação inicial da doença, uma vez que, freqüentemente, o

\* Trabalho realizado no Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR.

1. Médica Residente do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

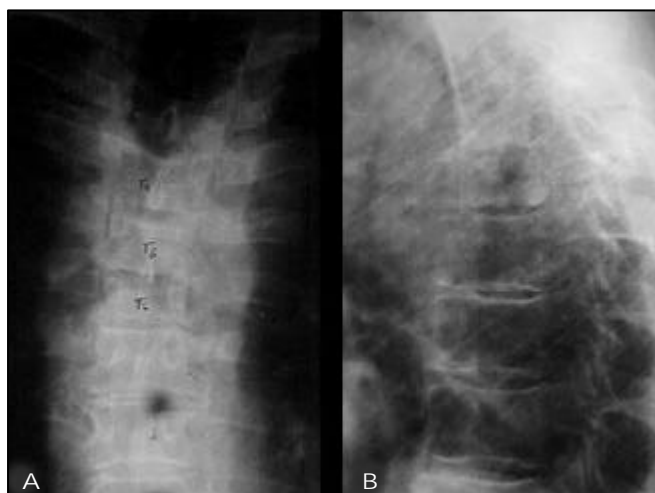
2. Médicos Radiologistas do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

3. Acadêmicos de Medicina do Hospital de Clínicas da UFPR.

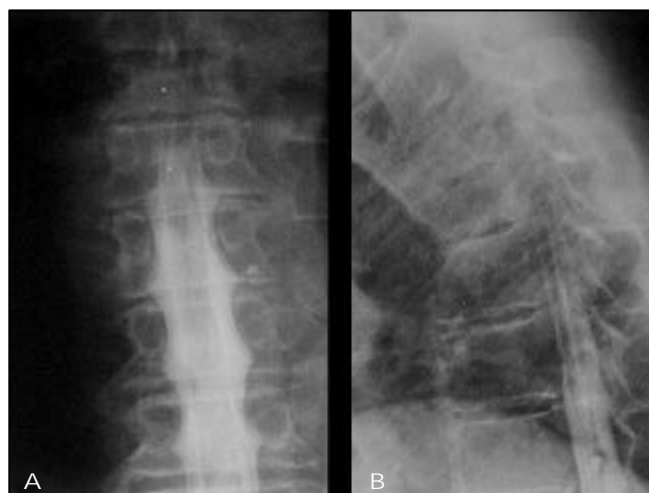
4. Médica Residente do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas da UFPR.

Endereço para correspondência: Dra. Linei A.B.D. Urban. Rua Marechal Hermes, 550, apto. 12. Curitiba, PR, 80530-230. E-mail: radiohc@terra.com.br

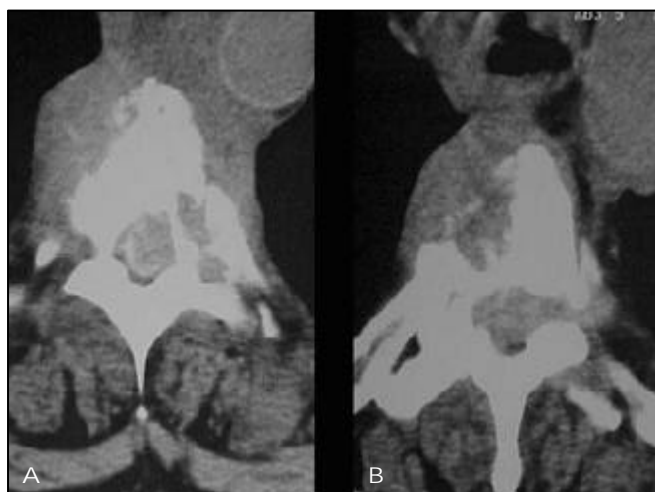
Recebido para publicação em 10/1/2002. Aceito, após revisão, em 1/2/2002.



**Figura 1.** Radiografias em incidências ântero-posterior (A) e perfil (B) da coluna torácica demonstrando lesão osteolítica acometendo a vértebra torácica T4.



**Figura 2.** Mielografia em incidências ântero-posterior (A) e perfil (B) demonstrando parada da progressão do meio de contraste, com padrão de compressão extrínseca, ao nível da vértebra T5.



**Figura 3.** Mielotomografia demonstrando massa no mediastino posterior, com invasão e destruição de corpos vertebrais na coluna torácica e invasão do canal medular (A). Também se observam dilatação da luz e espessamento irregular das paredes do esôfago (B).



**Figura 4.** Mielotomografia demonstrando lesão osteolítica acometendo o corpo vertebral (A,B).

tumor invade as estruturas do mediastino adjacente e não as estruturas ósseas da coluna vertebral. Nosso paciente não relatava queixa de disfagia no atendimento inicial, apenas os sintomas neurológicos agudos, sendo realizado o diagnóstico de tumor de esôfago por meio da visualização da lesão no estudo tomográfico.

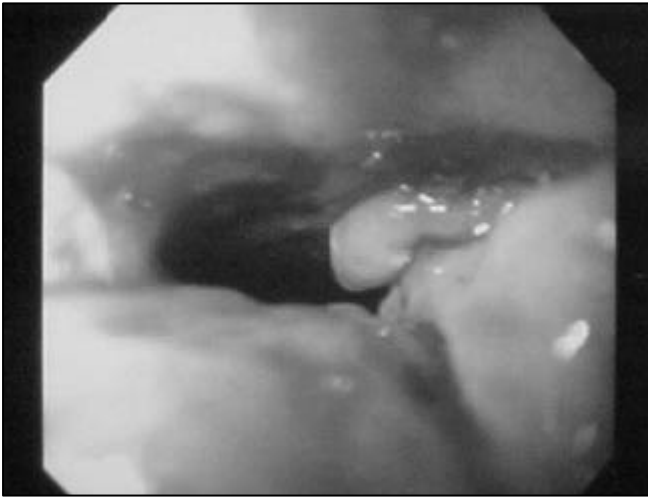
Dentre os métodos diagnósticos, o estudo contrastado do esôfago é um método efetivo para identificar lesões esofágicas, fornecendo informações importantes sobre a localização e extensão do tumor<sup>(4,7)</sup>. A esofagoscopia deve ser realizada em todos os pacientes, pois, além de prover visualização direta do tumor, permite a realização

de biópsia para confirmação histopatológica do diagnóstico. Mais recentemente, a ultra-sonografia transesofágica tem sido utilizada para avaliar o grau de invasão tumoral na parede do órgão<sup>(1)</sup>. A tomografia computadorizada de tórax e abdome é utilizada para avaliar a extensão da disseminação tumoral para mediastino e linfonodos celíacos.

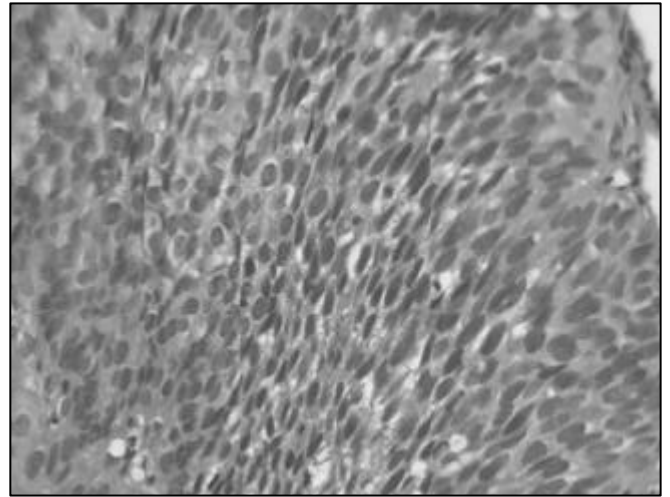
Pelo fato de permanecerem assintomáticos por longos períodos durante seu desenvolvimento, os tumores do esôfago são frequentemente diagnosticados tardiamente<sup>(1-6)</sup>. Aproximadamente 18% dos pacientes já têm doença metastática no momento do diagnóstico<sup>(2)</sup>. Os principais sítios de



**Figura 5.** Estudo contrastado demonstrando falha de enchimento irregular, com ulceração central, no terço médio do esôfago.



**Figura 6.** Endoscopia digestiva alta demonstrando lesão vegetante no esôfago.



**Figura 7.** Fotomicrografia da neoplasia constituída por células poligonais, de citoplasmas densos, núcleos hiper cromáticos, com perda da polaridade (hematoxilina-eosina, 400×).

metástases são: linfonodos abdominais (45%), fígado (23–47%), pulmões (22–52%) e linfonodos cervicais e supraclaviculares (6–37%). Locais menos habituais incluem ossos (4–14%), adrenais (6–20%), peritônio (0–12%) e sistema nervoso central (1–5%)<sup>(2)</sup>.

O tratamento muitas vezes consiste em alívio dos sintomas. O tratamento curativo é realizado através da esofagectomia, porém isto é factível em apenas 40% dos ca-

sos. O prognóstico é sombrio, com taxa de sobrevida em cinco anos de 5%<sup>(1)</sup>.

#### REFERÊNCIAS

1. Blot WJ. Esophageal cancer trends and risk factors. *Semin Oncol* 1994;21:403.
2. Quint LE, Hepburn LM, Francis IR, Whyte RI, Orringer MB. Incidence and distribution of distant metastases from newly diagnosed esophageal carcinoma. *Cancer* 1995;76:1120–5.
3. Matsubara T, Ueda M, Kaisaki S, *et al.* Localization of initial lymph node metastasis from carcinoma of the thoracic esophagus. *Cancer* 2000;89:1869–73.
4. Chan KW, Chan EY, Chan CW. Carcinoma of the esophagus. An autopsy study of 231 cases. *Pathology* 1986;18:400–5.
5. Anderson LL, Lad TE. Autopsy findings in squamous-cell carcinoma of the esophagus. *Cancer* 1982;50:1587–90.
6. Mandard AM, Chasle J, Marnay J, *et al.* Autopsy findings in 111 cases of esophageal cancer. *Cancer* 1981;48:329–35.
7. Bosch A, Frias Z, Caldwell WL, Jaeschke WH. Autopsy findings in carcinoma of the esophagus. *Acta Radiol Oncol Radiat Phys Biol* 1979;18:103–12.