

# NEOPLASIA AVANÇADA DE ESÔFAGO – diagnóstico ainda muito tardio

Fernanda Prata THULER<sup>1</sup>, Nora Manoukian FORONES<sup>1</sup> e Angelo Paulo FERRARI<sup>2</sup>

**RESUMO** – *Racional* - A neoplasia de esôfago está entre as 10 mais incidentes no Brasil. O diagnóstico é geralmente tardio e a sobrevida média é de 4 a 6 meses, independente da terapêutica. O alívio da disfagia e a melhora da qualidade de vida são os objetivos principais da terapêutica paliativa. *Objetivo* - Avaliar a qualidade de vida e a palição da disfagia obtida com diferentes tipos de tratamento oferecidos aos pacientes com neoplasia avançada de esôfago. *Pacientes e método* - Avaliação prospectiva de 38 pacientes com neoplasia avançada de esôfago, com disfagia, sem possibilidade de tratamento curativo, entre setembro de 2001 a junho de 2005. Os pacientes foram alocados aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade da terapia ou preferência do paciente ou do médico responsável, sendo 14 tratados com colocação de prótese (9 metálicas auto-expansíveis, 4 plásticas e 1 plástica auto-expansível), 4 com cirurgia paliativa, 8 com gastrostomia (7 cirúrgicas e 1 endoscópica) e 12 com sonda nasoenteral. *Resultados* - Houve melhora do índice médio de disfagia em 30 dias em todos os grupos, exceto no da gastrostomia. A colocação da prótese de esôfago melhorou a disfagia de forma estatisticamente significativa em relação às outras terapias paliativas. A qualidade de vida avaliada pela mediana do índice de Karnofsky não apresentou melhora em nenhum grupo de pacientes. O número de internações necessárias não foi diferente entre os grupos. A duração média das internações foi maior no grupo de tratamento cirúrgico (42 dias), embora sem diferença significativa. Não houve diferença na sobrevida média dos pacientes, independente do tipo de tratamento. *Conclusão* - A palição ideal para todos os casos não existe. O método deve ser individualizado para cada paciente. O tratamento cirúrgico paliativo é o mais oneroso, devido ao prolongado tempo médio de internação desses pacientes. Infelizmente, o diagnóstico de tumor de esôfago em nosso meio ainda é muito tardio, limitando o benefício que poderia advir dos métodos de ponta de palição endoscópica.

**DESCRITORES** – Neoplasias esofágicas. Assistência paliativa. Próteses e implantes.

## INTRODUÇÃO

A neoplasia de esôfago está entre as 10 mais incidentes no Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Em 2000 foi o 6º tipo de câncer mais mortal, levando a aproximadamente 5.000 óbitos. De acordo com as estimativas do INCA, o câncer de esôfago deverá atingir cerca de 10.500 pessoas em 2005<sup>(13)</sup>.

Observa-se maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, acima de 60 anos. Dentre os fatores de risco têm importância o tabagismo, etilismo e antecedente de câncer de cabeça e pescoço. O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular (CEC), porém a incidência do adenocarcinoma tem aumentado em nosso meio, em associação ao esôfago de Barrett.

O diagnóstico é geralmente tardio, uma vez que a disfagia, o principal sintoma, manifesta-se apenas quando já há comprometimento de dois terços da luz do órgão.

Neste momento a maioria dos pacientes apresenta doença localmente avançada ou metastática<sup>(5, 8, 10, 12, 17, 19, 23, 29, 31)</sup>. A sobrevida média é de 4 a 6 meses, independente da terapêutica aplicada<sup>(5, 8, 11, 23, 24)</sup>. A sobrevida em 5 anos é de apenas 10% a 15%<sup>(5, 10, 31)</sup>. Uma vez que o tratamento curativo não é mais possível, o alívio da disfagia e a melhora da qualidade de vida tornam-se os objetivos principais da terapêutica.

Uma variedade de opções terapêuticas paliativas tem sido proposta, sem incremento na sobrevida média dos pacientes<sup>(10)</sup>. Nenhuma opção ainda pode ser considerada ideal e a escolha deverá ser determinada pelas características do tumor, disponibilidade do método e escolha do paciente.

Dentre as opções de palição encontram-se a cirurgia, quimio e radioterapia, dilatação endoscópica, termocoagulação com laser ou coagulador de plasma de argônio, colocação de prótese endoscópica plástica

<sup>1</sup> Disciplina de Gastroenterologia; <sup>2</sup> Setor de Endoscopia Digestiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP. Endereço para correspondência: Dr. Angelo Paulo Ferrari - Rua Machado Bittencourt, 379 - apt. 91 - 04044-001 - São Paulo, SP. E-mail: angelo@gastro.epm.br

ou metálica auto-expansível. Considerando a curta expectativa de vida destes pacientes, a opção de palição deve ser rápida, eficiente, com baixos índices de morbimortalidade.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e a palição da disfagia obtida com diferentes tipos de tratamento oferecidos aos pacientes com neoplasia avançada de esôfago.

### PACIENTES E MÉTODO

Avaliaram-se prospectivamente pacientes com neoplasia avançada de esôfago, com queixa de disfagia, sem possibilidade de tratamento curativo, no período de setembro de 2001 a junho de 2005.

Os pacientes foram tratados com prótese (metálica auto-expansível, plástica ou plástica auto-expansível), cirurgia, gastrostomia (endoscópica ou cirúrgica) ou sonda nasoesofágica (SNE), de acordo com a disponibilidade da terapêutica ou escolha do paciente ou de seu médico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram avaliados 38 pacientes, dos quais 14 foram tratados com próteses (9 metálicas auto-expansíveis, 4 plásticas rígidas e uma plástica auto-expansível), 4 com cirurgia, 8 com gastrostomia (7 cirúrgicas e uma endoscópica) e 12 com SNE.

Para tornar objetiva a avaliação da disfagia, utilizou-se o índice de disfagia, que varia de 0 a 4, sendo 0 o indivíduo capaz de deglutir dieta normal, 1 a disfagia para sólidos, 2 para alimentos pastosos, 3 para líquidos e 4 aquele incapaz de deglutir qualquer dieta.

O índice de Karnofsky é utilizado pelos oncologistas como medida indireta da qualidade de vida. Leva em consideração atividades diárias básicas, variando de 0 a 100, sendo 0 óbito, 10 o indivíduo moribundo e 100 aquele sem evidências da doença. Com índice de 50 o paciente requer assistência e cuidados médicos freqüentes, e 60 reflete a necessidade de assistência ocasional.

As complicações maiores foram definidas como aquelas com risco de vida, tais como sangramento com necessidade de transfusão sanguínea, perfuração, fistula e pneumonia aspirativa. As complicações menores incluíram dor, sensação de corpo estranho, migração da prótese e crescimento tumoral. Todos os pacientes foram avaliados antes do tratamento e a intervalos de 4 semanas até o óbito. No caso dos pacientes vivos no momento da conclusão do estudo, a sobrevida foi de pelo menos 4 semanas.

A análise estatística foi realizada através do teste de Kruskal-Wallis e curva de Kaplan-Meier. A diferença foi considerada estatisticamente significativa quando  $P < 0,05$ .

### RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características da inclusão dos pacientes.

Quatorze pacientes foram alocados para colocação de prótese sendo 12 homens e 2 mulheres, com idade média de 61,2 ( $\pm 10,2$ ) anos. Todos, exceto um paciente, apresentavam CEC. Quanto à localização, em 11 casos o tumor estava no terço médio, em 2 no terço distal e um deles apresentava lesão no terço proximal. A extensão média foi de 8,35 cm (2 a 14 cm).

**TABELA 1** – Características dos pacientes com neoplasia avançada de esôfago submetidos a tratamento endoscópico com prótese, cirurgia paliativa, gastrostomia ou SNE

|                                |                     | Grupo 1<br>(prótese) | Grupo 2<br>(tratamento cirúrgico) | Grupo 3<br>(gastrostomia) | Grupo 4<br>(SNE) |
|--------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------|------------------|
| Sexo                           |                     |                      |                                   |                           |                  |
|                                | Masculino:Feminino  | 12:2                 | 2:2                               | 7:1                       | 9:3              |
| Média de idade (anos)          |                     | 61,2 (41-75)         | 67,2 (59-73)                      | 58,5 (43-68)              | 61,2 (50-82)     |
| Tamanho do tumor (cm)          |                     | 8,35 (2-14)          | 8,5 (7-10)                        | 4,2 (0,5-7)               | 7,5 (3-20)       |
| Disfagia                       | Inicial             | 3,6 (2-4)            | 3,25 (3-4)                        | 3,3 (3-4)                 | 3,2 (2-4)        |
|                                | 30 dias             | 0,85 (0-2)           | 2 (2)                             | 3,4 (2-4)                 | 3,0 (2-4)        |
| Índice de Karnofsky            | Inicial             | 80 (60-80)           | 85 (70-90)                        | 70 (50-80)                | 75 (50-90)       |
|                                | 30 dias             | 70 (0-80)            | 30 (0-60)                         | 70 (50-80)                | 65 (0-80)        |
| Complicações                   |                     |                      |                                   |                           |                  |
|                                | Dor                 | 2                    | -                                 | -                         | -                |
|                                | Fístula             | 1                    | 1                                 | 1                         | 1                |
|                                | Estenose            | -                    | 1                                 | -                         | -                |
|                                | Perfuração          | 1                    | -                                 | -                         | -                |
|                                | Migração da prótese | 1                    | -                                 | -                         | -                |
|                                | Necessidade de SNE  | 1                    | 1                                 | -                         | -                |
| Número de internações          |                     | 1,2                  | 1,25                              | 1,3                       | 0,75             |
| Duração das internações (dias) |                     | 9,6 (0-51)           | 42 (4-84)                         | 9,1 (0-29)                | 7,3 (0-28)       |
| Média de sobrevida (dias)      |                     | 121,6 (8-276)        | 93 (4-273)                        | 193 (107-278)             | 173,8 (5-615)    |
| Sobrevida após alta (dias)     |                     | 112 (8-274)          | 51 (0-204)                        | 184,6(78-261)             | 166,5 (5-591)    |

A prótese foi colocada com sucesso nos 14 casos. Observou-se neste grupo 14,3% de complicações maiores relacionadas à colocação da prótese: um paciente com prótese metálica auto-expansível (PMAE), desenvolveu erosão da parede traqueal 1 semana após a colocação da prótese, com fístula esôfago-traqueal e pneumonia, sendo submetido a passagem de SNE. Houve também um caso de perfuração esôfago-pleural em paciente submetido a colocação de prótese plástica, que foi tratado conservadoramente. Este mesmo paciente apresentou migração da prótese após 2 meses, reposicionada por endoscopia. Encontraram-se ainda 14,3% de complicações menores: dois pacientes com dor intensa e persistente, que necessitaram de analgesia com opióides (um com PMAE e o outro com prótese plástica). Dentre as complicações associadas à evolução da doença, um paciente apresentou anorexia sem disfagia e precisou de SNE para alimentação. Todos os óbitos neste grupo foram relacionados à evolução da doença.

A média do índice de disfagia melhorou de 3,6 para 0,85 em 30 dias, com queda de 10 pontos na mediana do índice de Karnofsky no mesmo período (de 80 para 70). Três pacientes realizaram quimioterapia antes e quatro após o procedimento. A radioterapia foi realizada em três pacientes antes e dois após a prótese. O número médio de internações neste grupo foi de 1,2 vezes, com média de 9,6 dias (0 a 51 dias). A sobrevida média foi de 121,6 dias.

O tratamento cirúrgico paliativo foi realizado em quatro pacientes, sendo dois homens e duas mulheres, com média de idade de 67,2 ( $\pm$  6,2) anos. Três tumores estavam no terço médio (CEC) e um deles na porção distal (adenocarcinoma). O índice de disfagia inicial foi de 3,25 e 2, após 30 dias. A mediana do índice de Karnofsky variou de 85 para 30 no mesmo período. As complicações ocorridas neste grupo foram uma fístula da anastomose esôfago-gástrica e uma estenose. A fístula ocorreu no 5º. dia pós-operatório e o paciente permaneceu com SNE para nutrição até o óbito. A média de internações foi de 1,25 e duração média de 42 dias (4 a 84 dias). Neste grupo, três pacientes não receberam alta hospitalar após a cirurgia, permanecendo internados até o óbito. A média de sobrevida foi de 93 dias, porém quando se avaliou sobrevida após a alta hospitalar, observou-se queda desta média para 51 dias.

Oito pacientes foram encaminhados para gastrostomia (sete cirúrgicas e uma endoscópica), sendo sete homens e uma mulher, com média de idade de 58,5 ( $\pm$  7,5) anos. O índice médio de disfagia variou de 3,3 para 3,4 e a mediana do índice de Karnofsky (70) permaneceu inalterada no 1º mês. Os pacientes foram internados em média 1,3 vezes, com tempo médio de 9,1 dias (0 a 29 dias). A sobrevida média foi de 193 dias. Um paciente com gastrostomia cirúrgica evoluiu com fístula esôfago-respiratória.

Doze pacientes foram tratados com colocação de SNE, sendo nove homens e três mulheres, com média de idade de 61,2 ( $\pm$  9,8) anos. Os 12 tumores eram CEC do terço médio, com tamanho médio de 7,5 cm (3 a 20 cm). A SNE foi posicionada sob visão endoscópica, após dilatação quando necessário, sem intercorrências imediatas. Um paciente evoluiu com

fístula traqueoesofágica e pneumonia aspirativa de repetição no 2º mês após a SNE. A média do índice de disfagia inicial foi de 3,2 e após 30 dias foi de 3,0. A mediana do índice de Karnofsky variou de 75 para 65 em 30 dias. Neste grupo os pacientes foram internados em média 0,75 vez, com duração média de 7,3 dias (0 a 28 dias) e sobrevida média de 173,8 dias. No grupo da SNE três pacientes foram submetidos a quimio e radioterapia paliativas.

Os pacientes submetidos a colocação de SNE e/ou gastrostomia que evoluíram com fístula respiratória, não puderam receber prótese esofágica pela indisponibilidade do dispositivo no sistema público de saúde.

Levando-se em conta as restrições impostas pelo pequeno número de pacientes, a análise estatística dos dados pelo teste de Kruskal-Wallis mostrou que a colocação da prótese melhorou a disfagia de forma estatisticamente significativa em relação às outras terapias paliativas ( $P < 0,001$ ; Gráfico 1). Contudo, não se observou diferença quanto à qualidade de vida medida pelo índice de Karnofsky ( $P = 0,06$ ) e número de internações ( $P = 0,75$ ). A curva de Kaplan-Meier também não revelou diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à duração das internações ( $P = 0,56$ ; Gráfico 2) e sobrevida desses pacientes ( $P = 0,57$ ; Gráfico 3).

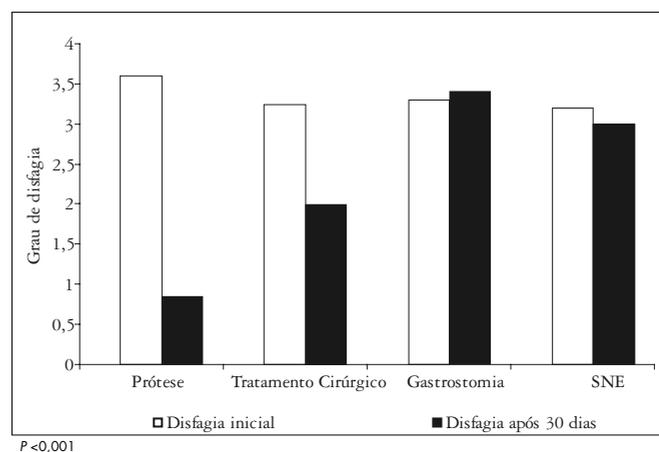


GRÁFICO 1 – Avaliação do grau de disfagia dos pacientes com neoplasia maligna avançada do esôfago submetidos a diversas formas de tratamento paliativo antes da terapia e 30 dias após a mesma

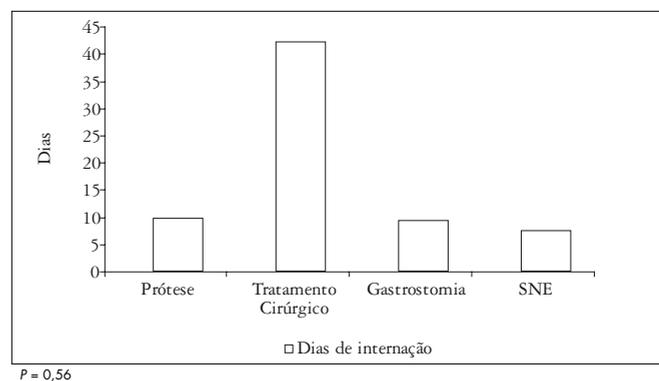
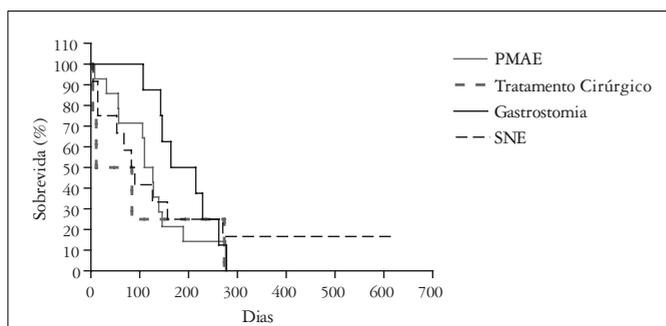
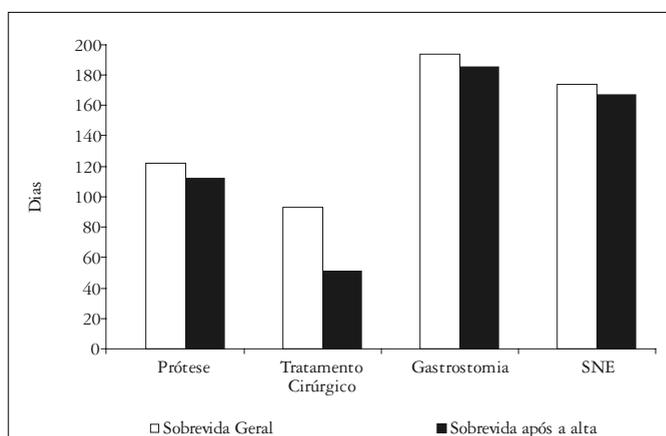


GRÁFICO 2 – Tempo médio de internações dos pacientes com neoplasia maligna avançada do esôfago submetidos a diversas formas de tratamento paliativo



$P = 0,57$

**GRÁFICO 3** – Tempo de sobrevivência dos pacientes com neoplasia maligna avançada do esôfago submetidos a diversas formas de tratamento paliativo



$P = 0,05$

**GRÁFICO 4** – Tempo de sobrevivência dos pacientes com neoplasia maligna avançada do esôfago submetidos a diversas formas de tratamento paliativo antes e após a alta hospitalar

## DISCUSSÃO

A neoplasia de esôfago é geralmente diagnosticada em fase tardia, quando a doença já se apresenta localmente avançada ou metastática. Em cerca de 80% dos casos os tumores invadem estruturas adjacentes ou apresentam envolvimento linfonodal. Metade deles já apresenta metástases à distância. Conseqüentemente, poucos terão chance de cura e mais de 90% deverá ser submetida a tratamento paliativo definitivo<sup>(31)</sup>.

Uma vez que a terapia não será curativa, esta deve visar melhoria da qualidade de vida e estado nutricional desses doentes, com menores taxas de morbimortalidade relacionadas ao procedimento terapêutico e menores custos.

O tratamento cirúrgico paliativo é acompanhado de altos índices de morbidade e mortalidade, variando de 20%-40%<sup>(3, 5, 8, 20, 21, 31, 32)</sup>, sendo a sobrevivência média em torno de 6 meses<sup>(8, 10)</sup>. Estudos mostram que a PMAE em comparação à cirurgia, promove alívio da disfagia com a mesma eficácia, porém menores índices de complicações e menor custo<sup>(3, 12, 31)</sup>.

Pôde-se observar na presente casuística alto índice de morbimortalidade no grupo submetido a cirurgia paliativa, no qual 75% dos pacientes não receberam alta hospitalar,

evoluindo a óbito na mesma internação da cirurgia. Uma vez que o médico assistente do paciente foi o responsável pela indicação do tratamento cirúrgico, pode-se inferir que estes pacientes apresentavam melhores condições clínicas, pois foram escolhidos para o tratamento cirúrgico, a despeito de outras opções paliativas. Apesar disso, observou-se a má evolução deste grupo de pacientes com doença avançada, com alta taxa de mortalidade e taxa de sobrevivência após a alta inferior, quando comparada à daqueles submetidos a outras formas de palição definitiva ( $P = 0,05$ ; Gráfico 4). Outro dado importante que tem realce neste mesmo Gráfico é a diferença da sobrevivência do paciente internado e após a alta, maior no grupo submetido a tratamento cirúrgico ( $P = 0,05$ ). É preciso indagar se, para um paciente com curta sobrevivência, passar parte dela em regime hospitalar não refletiria em queda da qualidade de vida.

No ambiente do serviço público de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a questão do custo deve ser priorizada ao máximo. Como já demonstrado anteriormente, a cirurgia não acompanha apenas maiores taxas de morbimortalidade nesses pacientes, como também representa custo mais elevado ao sistema de saúde<sup>(12)</sup>.

A quimioterapia acompanhada ou não da radioterapia é opção de tratamento nos pacientes com neoplasia de esôfago considerados incuráveis. A radioterapia promove o alívio da disfagia em cerca de 40% dos casos<sup>(2, 24)</sup>, porém pode levar até 2 meses para ser efetiva e várias sessões são necessárias. Complicações como esofagite, estenose e fístula podem ocorrer em 10% a 30% dos casos<sup>(6, 10, 17, 24)</sup>.

A colocação de próteses por via endoscópica é opção bastante efetiva no alívio da disfagia<sup>(10, 14, 29)</sup>. Vários modelos de próteses, inicialmente plásticas e rígidas, atualmente metálicas auto-expansíveis foram desenvolvidas<sup>(7, 8, 14, 19, 22, 31)</sup>. As PMAE são de inserção mais simples e menos traumáticas, quando comparadas aos dispositivos plásticos, com menores índices de complicações e mortalidade<sup>(3, 5, 14, 16, 23, 28)</sup>.

As próteses plásticas levam ao alívio da disfagia em número satisfatório de pacientes. Suas desvantagens são a rigidez, o pequeno diâmetro interno e a maior dificuldade de inserção, requerendo dilatação prévia da estenose, além de maiores taxas de migração. A morbimortalidade varia de 5% a 19%<sup>(10, 14, 16, 24, 30)</sup>. O risco de migração da prótese plástica é cerca de 20%<sup>(24)</sup>. Nesta série observou-se um caso (7,2%) de migração após a colocação da prótese plástica rígida.

A PMAE tem se mostrado efetiva e segura no tratamento da estenose maligna do esôfago<sup>(3, 5, 9, 15, 18, 26, 27, 28, 29)</sup>. O procedimento pode ser realizado com sucesso em até 90% dos pacientes, sendo de fácil inserção, associada a baixos índices de morbimortalidade<sup>(3, 14, 17, 23, 28, 29)</sup>. O fechamento das fistulas esôfago-respiratórias é alcançado em 70% a 100%<sup>(3, 14, 23)</sup>. A incidência de complicações tardias associadas a PMAE varia de 20% a 40%, incluindo dor torácica, migração, fistulização e crescimento tumoral<sup>(14, 28)</sup>.

Apesar de alguns estudos inicialmente sugerirem que a quimio e a radioterapia estivessem associadas a risco aumentado de complicações associadas a colocação da prótese<sup>(15)</sup>, estudos mais recentes, incluindo o presente, não comprovaram esta hipótese<sup>(5, 9, 10, 17, 19, 26, 27)</sup>.

Devido ao pequeno número de pacientes, preferiu-se alocar num mesmo grupo todos aqueles tratados com colocação de prótese endoscópica (plástica ou metálica). Observou-se, com a prótese de esôfago, melhora estatisticamente significativa da disfagia em relação às outras formas de tratamento paliativo ( $P < 0,001$ ), porém não houve diferença quanto à qualidade de vida, número e tempo de internações, bem como na sobrevida. Isto provavelmente se deve ao fato do diagnóstico e tratamento terem sido realizados em fase muito avançada da doença. A taxa de complicações maiores observadas com a colocação da PMAE foi de 14,3%, compatível com a literatura a despeito da realização de quimioterapia e/ou radioterapia, pois 10 pacientes (71,4%) realizaram terapia complementar.

A prótese plástica auto-expansível também pode ser utilizada no tratamento da estenose maligna do esôfago, com taxas de sucesso e complicações semelhantes àquelas da PMAE. Apesar de trazer como vantagem a possibilidade de reposicionamento quando necessário e melhor tolerabilidade nas estenoses mais proximais, apresenta como desvantagens em relação a PMAE maior taxa de migração e menores índices de fechamento de fistulas malignas (73,3%)<sup>(25)</sup>.

Embora existam vários relatos na literatura e a experiência pessoal dos autores sugira que a melhor palição para estes pacientes seja a colocação da PMAE, tais resultados parecem depender de aspectos gerais do paciente. Este dado foi o que mais chamou a atenção neste estudo. Neste grupo de pacientes consecutivos, atendidos num centro de cuidados terciários, os pacientes são encaminhados ao tratamento, de forma geral, com estágio muito avançado da doença. Nestes casos, ou o aspecto local da doença é desfavorável ou o paciente já apresenta complicações clínicas sistêmicas (outras doenças crônicas,

desnutrição grave) que impedem que se tire o maior proveito possível das medidas paliativas (endoscópicas) de ponta. Assim, infelizmente, apesar da melhora significativa da disfagia, pode-se sugerir que o diagnóstico e o encaminhamento para tratamento dos portadores de neoplasia maligna de esôfago ainda têm muito que melhorar. É preciso que estes pacientes tenham acesso mais rápido ao diagnóstico e as alternativas para o tratamento, ainda que na maioria das vezes, paliativas.

## CONCLUSÃO

No momento do diagnóstico, a maioria dos pacientes com tumor de esôfago não terá chances de tratamento curativo e deverá ser submetida a terapêuticas paliativas.

Os objetivos do tratamento paliativo são o alívio da disfagia e melhora da qualidade de vida, se possível com o menor custo. Várias modalidades de tratamento paliativo estão disponíveis, porém uma sobrevida média maior que 6-9 meses não deve ser esperada para esses pacientes, independente da terapia empregada.

As próteses de esôfago revolucionaram o tratamento desses pacientes, pela facilidade de inserção, baixos índices de complicações e bons resultados funcionais. Infelizmente, para reproduzir os bons resultados dessa modalidade apresentados na literatura, é preciso que os pacientes tenham boa condição clínica geral, apesar da doença localmente avançada. Isso provavelmente não ocorre na maioria dos usuários do sistema público de saúde.

Infelizmente, o diagnóstico de tumor de esôfago em nosso meio ainda é muito tardio, limitando o benefício que poderia advir dos métodos de ponta de palição endoscópica.

---

Thuler FP, Forones NM, Ferrari AP. Advanced esophageal cancer: still a delayed diagnosis. *Arq Gastroenterol.* 2006;43(3):206-11.

**ABSTRACT – Background** - Esophageal cancer is one of the 10 most common cancers in Brazil. Diagnosis is usually late and mean survival ranges from 4 to 6 months, no matter the treatment. Relief of dysphagia and increase in life quality are the main targets of palliative therapy. **Aim** - To evaluate patients with advanced esophageal tumor submitted to various palliative treatment options. **Patients and method** - We prospectively evaluated 38 patients with advanced esophageal cancer, with dysphagia and no chance of curative treatment, between September 2001 and June 2005. Patients were treated according to available resources, patient or referring physician's preference: 14 patients were treated with esophageal stent (9 self-expandable metallic, 4 plastic, 1 expandable plastic), 4 with palliative surgery, 8 gastrostomy (7 surgical and 1 endoscopic) and 12 nasogastric tube. **Results** - The mean dysphagia score 30 days after the procedure was improved in all groups except in the gastrostomy. Karnofsky score, reflecting quality of life, showed no improvement. The number of hospital admissions was not different among groups. Although the length of hospitalization was longer in the surgical group (42 days), it did not reach statistical significance. There was not statistically significant difference in the mean survival time among all patients. **Conclusion** - An ideal palliative treatment does not exist. The method must be individualized for each patient. Surgical treatment is the most expensive, once it requires longer periods in hospital. Unfortunately, the diagnosis of esophageal tumors is still delayed, limiting the benefits of top endoscopic palliation therapy.

**HEADINGS** – Esophageal neoplasms. Palliative care. Prostheses and implants.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adler DG, Baron TH. Endoscopic palliation of malignant dysphagia. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:731-8.
2. Albertsson M, Ewers SB, Widmark H, Hambræus G, Lillo-Gil R, Ranstam J. Evaluation of the palliative effect of radiotherapy for esophageal carcinoma. *Acta Oncol.* 1989;28:267-70.
3. Aoki T, Osaka Y, Takagi Y, Okada R, Shinohara M, Tsuchida A, Sato S, Koyanagi Y. Comparative study of self-expandable metallic stent and bypass surgery for inoperable esophageal cancer. *Dis Esophagus.* 2001;14:208-11.
4. Boyce HW, Jr. Palliation of dysphagia of esophageal cancer by endoscopic lumen restoration techniques. *Cancer Control.* 1999;6:73-83.
5. Cwikiel M, Cwikiel W, Albertsson M. Palliation of dysphagia in patients with malignant esophageal strictures. Comparison of results of radiotherapy, chemotherapy and esophageal stent treatment. *Acta Oncol.* 1996;35:75-9.
6. Dallal HJ, Smith GD, Grieve DC, Ghosh S, Penman ID, Palmer KR. A randomized trial of thermal ablative therapy versus expandable metal stents in the palliative treatment of patients with esophageal carcinoma. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:549-57.
7. Ell C, May A. Self-expanding metal stents for palliation of stenosing tumors of the esophagus and cardia: a critical review. *Endoscopy.* 1997;29:392-8.
8. Frenken M. Best palliation in esophageal cancer: surgery, stenting, radiation, or what? *Dis Esophagus.* 2001;14:120-3.
9. Funami Y, Tokumoto N, Miyauchi H, Kuga K, Sato S. Improvement of oral ingestion in patients with inoperable esophageal cancer treated with radiotherapy, chemotherapy and insertion of a self-expanding nitinol stent. *Dis Esophagus.* 1999;12:289-93.
10. Gevers AM, Macken E, Hiele M, Rutgeerts P. A comparison of laser therapy, plastic stents, and expandable metal stents for palliation of malignant dysphagia in patients without a fistula. *Gastrointest Endosc.* 1998;48:383-8.
11. Gukovsky-Reicher S, Fanous V, Lee H, Lee T, Feng J, Garrett B, Sial SH, Eysselein V. Expandable metal esophageal stents: efficacy and safety. Review of current literature data and of 53 stents placed at Harbor-UCLA Medical Center. 2002. [Available from: [Medscape Gastroenterology 2002;4\(1\)](http://www.medscape.com/viewarticle/41111)]
12. Houmeaux-de-Moura E, Sakai P, Ceconello I, Ishioka S. [Palliative treatment of advanced esophageal cancer. Comparative study: auto-expandable metal stent and isoperistaltic esophagogastric bypass]. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2001;31:13-22.
13. INCA. Câncer de esôfago. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer (INCA); c1996-2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>.
14. Jacobson BC, Hirota W, Baron TH, Leighton JA, Faigel DO. The role of endoscopy in the assessment and treatment of esophageal cancer. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:817-22.
15. Kinsman KJ, DeGregorio BT, Katon RM, Morrison K, Saxon RR, Keller FS, Rosch J. Prior radiation and chemotherapy increase the risk of life-threatening complications after insertion of metallic stents for esophagogastric malignancy. *Gastrointest Endosc.* 1996;43:196-203.
16. Knyrim K, Wagner HJ, Bethge N, Keymling M, Vakil N. A controlled trial of an expansile metal stent for palliation of esophageal obstruction due to inoperable cancer. *N Engl J Med.* 1993;329:1302-7.
17. Konigsrainer A, Riedmann B, De Vries A, Ofner D, Spechtenhauser B, Aigner F, Fritsch E, Margreiter R. Expandable metal stents versus laser combined with radiotherapy for palliation of unresectable esophageal cancer: a prospective randomized trial. *Hepatogastroenterology.* 2000;47:724-7.
18. Lapenta R, Assisi D, Grassi A, Lauria V, Stigliano V, Casale V. Palliative treatment of esophageal tumors. *J Exp Clin Cancer Res.* 2002;21:503-7.
19. Lee SH. The role of oesophageal stenting in the non-surgical management of oesophageal strictures. *Br J Radiol.* 2001;74:891-900.
20. Lorentz T, Fok M, Wong J. Anastomotic leakage after resection and bypass for esophageal cancer: lessons learned from the past. *World J Surg.* 1989;13:472-7.
21. Mannell A, Becker PJ, Nissenbaum M. Bypass surgery for unresectable oesophageal cancer: early and late results in 124 cases. *Br J Surg.* 1988;75:283-6.
22. Morais M, De Paulo GA, Falcão J, Carvalho L, Manoukian NF, Rohr MRS, Siqueira ES, Brant CQ, Macedo EP, DellaLibera E, Ferrari AP. Terapêutica endoscópica paliativa de baixo custo no tumor avançado de esôfago: injeção de álcool, colocação de prótese plástica ou gastrostomia percutânea? *GED Gastroenterol Endosc Dig.* 2002;21:159-66.
23. Mosca F, Stracqualursi A, Portale TR, Consoli A, Latteri S. Palliative treatment of malignant esophageal stenosis: the role of self-expanding stent endoscopic implantation. *Dis Esophagus.* 2000;13:301-4.
24. Nicholson DA, Haycox A, Kay CL, Rate A, Attwood S, Bancewicz J. The cost effectiveness of metal oesophageal stenting in malignant disease compared with conventional therapy. *Clin Radiol.* 1999;54:212-5.
25. Radecke K, Gerken G, Treichel U. Impact of a self-expanding, plastic esophageal stent on various esophageal stenoses, fistulas, and leakages: a single-center experience in 39 patients. *Gastrointest Endosc.* 2005;61:812-8.
26. Rajjman I, Siddique I, Lynch P. Does chemoradiation therapy increase the incidence of complications with self-expanding coated stents in the management of malignant esophageal strictures? *Am J Gastroenterol.* 1997;92:2192-6.
27. Shimi SM. Self-expanding metallic stents in the management of advanced esophageal cancer: a review. *Semin Laparosc Surg.* 2000;7:9-21.
28. Siersema PD, Schrauwen SL, van Blankenstein M, Steyerberg EW, van der Gaast A, Tilanus HW, Dees J. Self-expanding metal stents for complicated and recurrent esophagogastric cancer. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:579-86.
29. Sumiyoshi T, Gotoda T, Muro K, Rembacken B, Goto M, Sumiyoshi Y, Ono H, Saito D. Morbidity and mortality after self-expandable metallic stent placement in patients with progressive or recurrent esophageal cancer after chemoradiotherapy. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:882-5.
30. Tan BS, Mason RC, Adam A. Minimally invasive therapy for advanced oesophageal malignancy. *Clin Radiol.* 1996;51:828-36.
31. Watson A. Diagnosis and therapy for advanced esophageal cancer. *Curr Opin Gastroenterol.* 2003;19:400-5.
32. Whooley BP, Law S, Murthy SC, Alexandrou A, Chu KM, Wong J. The Kirschner operation in unresectable esophageal cancer: current application. *Arch Surg.* 2002;137:1228-32.

Recebido em 22/7/2005.  
Aprovado em 8/3/2006.