

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ESÔFAGO E ADENOCARCINOMA GÁSTRICO SINCRÔNICOS

Synchronous esophageal squamous cell carcinoma and gastric adenocarcinoma

Janina Ferreira Loureiro **HUGUENIN**, Vitor Vargas Zampieri de **AZEVEDO**,
Herbert Ives Barreto **ALMEIDA**, Ivanir Martins de **OLIVEIRA**, Carlos Eduardo **PINTO**

Trabalho realizado pela Seção de Cirurgia Abdômino-Pélvica do Instituto Nacional de Câncer – INCA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência:

Janina Ferreira Loureiro
E-mail: janinaloureiro@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 01/03/2012
Aceito para publicação: 31/01/2013

INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermóide de esôfago é ocasionalmente associado à outras neoplasias, principalmente do trato respiratório e da região da cabeça e pescoço^{1, 2, 3}. A sua apresentação sincrônica com o adenocarcinoma gástrico é um evento raro, porém importante de ser investigado por ser o estômago o principal órgão utilizado para a reconstrução do trato alimentar após esofagectomia⁴. Nos casos em que existam tumores gástrico sincrônicos, o cólon passa a ser opção para a reconstrução do trânsito.

Embora esta associação entre tumores gástricos e esofágicos seja pequena nos países ocidentais, a incidência desse sincronismo vem aumentando nos países do oriente⁵. No Brasil, poucos casos são descritos, não existindo estimativa para estes sincronismo em nosso país.

RELATO DE CASO

Homem de 71 anos, branco, tabagista, casado e queixando-se há seis meses de pirose retroesternal, saciedade precoce, melena e emagrecimento. Evoluiu com disfagia para sólidos nos últimos dois meses. Ao exame físico, apresentava Performance Status de 1, emagrecido, sem adenomegalias palpáveis. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Abdome sem massas palpáveis. Toque retal normal.

Realizou endoscopia digestiva alta com lesão ulcerada acometendo 70% da circunferência do esôfago torácico médio-inferior e uma outra lesão

úlcero-infiltrante em antro gástrico, circunferencial até o piloro, sem estenose, a mais de 10 cm da junção esofagogástrica. A biópsia da lesão esofágica diagnosticou carcinoma escamoso de esôfago, e a gástrica adenocarcinoma gástrico.

Tomografia de tórax, abdome e pelve descartavam derrame pleural ou adenomegalia torácica. Mostrava espessamento parietal concêntrico do terço inferior do esôfago, junção esofagogástrica, da região antropilórica e linfonomegalia junto à pequena curvatura gástrica. Fígado estava com dimensões e contornos normais, sem sinais de lesões focais.

O paciente foi submetido à esofagogastrectomia total trans-hiatal com linfadenectomia e reconstrução com o cólon esquerdo e jejunostomia. A histopatologia confirmou presença de carcinoma epidermóide de esôfago médio de 7,5 x 6,5cm com margem proximal de 4,5 cm e adenocarcinoma gástrico Borrmann III de 4,0 x 2,5cm com margem distal de 2,0 cm (Figura 1) 2). Foram isolados ao total 60 linfonodos, dos quais dois eram positivos para carcinoma epidermóide (um no grupo cárdico direito e um no esquerdo) e dois eram positivos para adenocarcinoma na pequena curvatura. A classificação patológica para tumor esofágico foi de pT3pN1 e para o tumor gástrico pT4apN1a.

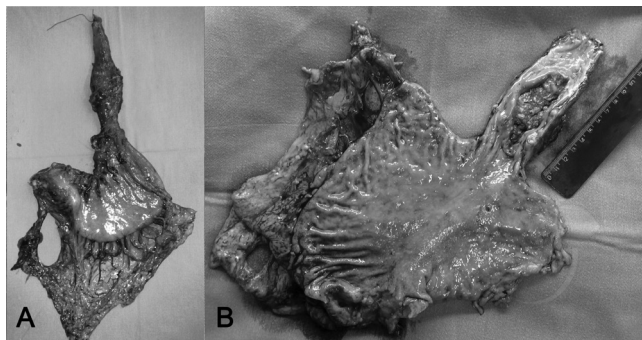


FIGURA 1 – A) Peça cirúrgica: segmento de esôfago, estômago e duodeno; B) espécime cirúrgico aberto mostrando tumoração em esôfago com margem proximal de 4,5 cm e em antro gástrico Borrmann III com margem distal de 2,0 cm sendo isolados 60 linfonodos na peça

Apresentou boa evolução pós-operatória, permanecendo em UTI até o 2º dia de pós-operatório, quando também foi introduzida a dieta pela jejunostomia. No 10º dia realizou esofagografia, sem sinais de fístula, sendo então iniciada dieta oral com boa aceitação. Recebeu alta hospitalar no 20º dia do pós-operatório.

DISCUSSÃO

Com o aumento da sobrevida dos pacientes com câncer e melhores programas de rastreamento para detecção precoce de lesões neoplásicas, cada vez mais tumores sincrônicos e metacrônicos são descobertos^{6,9}. O carcinoma de células escamosas do esôfago tem sido descrito em associação com o adenocarcinoma gástrico principalmente no Japão. Em 1980, dados do Comitê Japonês de Doenças do Esôfago (Japanese Committee of Esophageal Disease) mostraram que dos 11.732 casos de tumores esofágicos ressecados no Japão, 186 (1,6%) eram associados a tumores gástricos⁷.

Hamabe et al.⁸, em estudo retrospectivo com 288 pacientes portadores de tumores primários do esôfago ressecados, obtiveram 17 (5,9%) com segundo tumor primário concomitante. Destes, 11 (3,8%) apresentavam adenocarcinoma gástrico, sendo todos do sexo masculino. Estes 11 pacientes foram tratados com esofagogastrectomia parcial ou total e a reconstrução do trânsito variou conforme o tamanho e localização da lesão gástrica. O próprio estômago remanescente foi utilizado em três pacientes, o cólon em sete e o jejuno em um. Os autores concluíram que nos casos de tumores gástricos e esofágicos sincrônicos, procedimentos cirúrgicos adequados devem ser escolhidos baseados no estadiamento, localização e experiência cirúrgica.

Koide *et al.*⁴ avaliaram retrospectivamente uma série de 208 pacientes com tumores de esôfago dos quais 24 pacientes (11,5%) apresentavam tumores sincrônicos no estômago. Em relação ao tipo histológico das lesões gástricas, 12 (5,6%) eram adenocarcinoma, oito lesões benignas, um tumor carcinóide, duas lesões metastáticas intramural, uma lesão metastática linfonodal e um tumor submucosos de origem desconhecida. O tratamento realizado para a lesão de esôfago foi esofagectomia com linfadenectomia por toracotomia em 18 pacientes, esofagectomia transhiatal em quatro e apenas by pass paliativo em dois casos. Em relação às lesões gástricas, foram realizadas 10 gastrectomias totais com linfadenectomia, duas gastrectomias proximais com linfadenectomia, quatro ressecções alargadas (incluindo pancreatemia distal e/ou esplenectomia associado à gastrectomia), seis ressecções gástricas parciais (leiomioma) e três ressecções de lesão gástrica (adenoma). A sobrevida dos pacientes operados com tumor esofágico único foi a mesma quando comparada com as duas neoplasias sincronicamente. Os autores destacam a importância do diagnóstico de tumor gástrico

sincrônico ao tumor de esôfago por interferência no manejo destes doentes e também estimulam a ressecção de ambos os tumores sempre que factível.

Shibuya et al.¹⁰ estudaram pacientes com tumores de cabeça e pescoço e tumores de esôfago. Dos 434 pacientes com tumores de esôfago, 47 (10,8%) apresentavam tumores sincrônicos e 107 (24,6%) metacrônicos. Dentre as neoplasias sincrônicas ao esôfago, 23 casos (5,2%) apresentavam tumor de cabeça e pescoço e 16 (3,6%) lesões gástricas associadas.

A incidência precisa de um segundo tumor primário varia entre as séries. Essa diferença pode ser justificada pelos diferentes seguimentos e também por fatores genéticos e ambientais.

No Brasil, poucos casos são descritos. No Rio Grande do Sul, em uma série de 261 pacientes portadores de carcinoma epidermóide de esôfago, 19 (7,28%) apresentavam segunda neoplasia associada¹¹. Em 10 dos 19 casos os tumores eram sincrônicos, dos quais quatro (1,5%) eram adenocarcinomas gástricos. Dois destes pacientes tiveram ambas as lesões ressecadas, enquanto os outros dois apenas tratamento paliativo (radioterapia e prótese esofágica).

A existência de tumores sincrônicos de esôfago e estômago é um evento raro, porém a sua identificação é fundamental para um adequado planejamento cirúrgico destes pacientes. Sempre que possível o tratamento cirúrgico radical deve ser realizado com o objetivo curativo de ambas as neoplasias.

REFERÊNCIAS

1. Goodner JT, Watson WL. Cancer of the esophagus. Its association with other primary cancers. *Cancer* 1956;9:1248-52
2. Cahan WG, Castro EB, Rosen PP, Strong PP, Strog EW. Separate primary carcinoma of the esophagus and head and neck region in the same patient. *Cancer* 1976;37:85-89
3. Goldstein HM, Zorno ZAJ. Association of squamous cell carcinoma of the head and neck with câncer of the esophagus. *Am J Roentgenol* 1978;131:791-794
4. Koide N, Adachi W, Koike S. Synchronous gastric tumor associated with esophageal cancer. A retrospective study of 24 patients. *Am Jour Gastr* 1998;93:758-762
5. Kato H, Tachimori Y, Watanabe H, et al. Esophageal carcinomas simultaneously associated with gastric carcinomas: analysis of clinicopathologic features and treatment. *J Surg Oncol* 1994;56:122-127
6. Bae JS, Lee JH, Bae JM. Characteristics of Synchronous cancer in gastric cancer patients. *Cancer* 2006;38(1):25-29
7. Abo S, Miura H, Kudo T, et al. Concurrent câncer of the esophagus and other organ in Japan [Abstract]. *Jpn J Gastroenterol Surg* 1980;13:377
8. Hamabe Y, Ikuta H, Yanamoto M. Clinicopathological features of esophageal câncer with simultaneously associated with gastric câncer. *Jour Surg Oncol* 1998;68:179-182
9. Suzuki S, Nishimaki T, Hatakeyama K. Outcomes of simultaneous resection of synchronous esophageal and extraesophageal carcinomas. *J Am Coll Surg* 2002; 195:23-28
10. Shibuya H, Wakita T, Yasunomoto M. The relation between an esophageal cancer and associated cancers in adjacent organs. *Cancer* 1995;76:101-105
11. Schirmer CC, Gurski R, Castro MA, Madruga GS, Brentano L. Neoplasias associadas ao carcinoma epidermóide do esôfago. *Rev Ass Med Brasil* 1997;43(4):335-9