



DIAGNÓSTICO TARDIO DE UM CARCINOMA EPIDERMOIDE: UM RELATO DE CASO

Ianca Elirrayeth Rocha Mendes¹
Renata Furletti Nunes Barros Rego¹
Isabella Alves De Menezes¹
Ana Clara Medeiros De Oliveira¹
Bruna Alves Dos Santos²
Priscila Bernardina Miranda Soares³

Resumo: Objetivo: Relatar caso de paciente com carcinoma esofágico do tipo epidermoide, a mais comum neoplasia de esôfago, cujos principais fatores de risco são o etilismo e o tabagismo. **Método:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com os familiares do paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Relato de caso:** Homem, 57 anos, com quadro de inapetência, dor epigástrica intensa, melena e perda ponderal. Pela realização de vídeo esofagogastroduodenoscopia e biópsia esofágica foi diagnosticada neoplasia de esôfago médio. **Conclusão:** O diagnóstico tardio e a rápida progressão do carcinoma epidermoide permitiram a evolução com metástase da neoplasia para o fundo gástrico, impossibilitando ao paciente a realização de tratamento curativo. Devido ao mal prognóstico, a alternativa terapêutica adotada consistiu em cuidados paliativos com equipe multidisciplinar, por período de 11 meses, o que proporcionou maior qualidade de vida ao paciente.

Descritores: Neoplasias Esofágicas; Carcinoma de Células Escamosas; Cuidados Paliativos.

Autor para correspondência: Ianca Elirrayeth Rocha Mendes
E-mail: iancaelirrayethrocha@gmail.com

- 1- Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE – ICS.
- 2- Centro Universitário - UniFIPMoc.
- 3- Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros

INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago (CE) representa uma entidade relativamente frequente no Brasil. Ele é o sexto mais comum entre homens e o décimo terceiro entre mulheres.¹ Cerca de 20% dos pacientes com carcinoma epidermoide sobrevivem pelo menos cinco anos após o diagnóstico.² O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que para cada ano do biênio 2018/2019, sejam diagnosticados 10.790 novos casos de CE. O risco de desenvolver a doença ao longo da vida é de cerca de 1 em 132 nos homens e cerca de 1 em 455 em mulheres.³ A etiologia do CE envolve uma interação de inúmeros fatores de risco, dentre eles: idade, história familiar, etilismo, tabagismo e infecções.⁴ Os CE podem ser classificados, segundo a histologia, em carcinoma epidermoide e adenocarcinoma, sendo o primeiro o mais comum deles.⁵

O quadro inicial dos CE pode incluir uma fase assintomática e, mais tardiamente, tendem a aparecer sintomas obstrutivos e hemorrágicos.⁶ As metástases mais importantes consistem a de fígado e a de pulmão.⁷

O CE pode ser diagnosticado por exame radiológico contrastado de esôfago e pela endoscopia digestiva alta. A ultrassonografia endoscópica, tomografia computadorizada e a ressonância magnética são utilizadas para o estadiamento. O tratamento é definido a partir do estadiamento e pode ser realizado por meio da ressecção endoscópica, linfadenectomia, radioterapia e/ou quimioterapia.⁶

DESCRIÇÃO DO CASO

MRS, 57 anos, sexo masculino, faioderma, solteiro, quatro filhos, natural e residente em São

Romão, procurou atendimento em sua cidade com queixa de “dor na boca do estômago”.

Paciente relata que, há 8 meses, iniciou quadro de inapetência, dor epigástrica extenuante (8 na escala de dor) sem fatores agravantes ou atenuantes, além de melena e perda de peso (cerca de 20 quilos). Ausência de náuseas e vômitos. Foi realizada no dia 06/06/2017, biópsia esofágica e vídeo esofagogastroduodenoscopia no dia 26/06/2017, em Brasília de Minas, diagnosticando-se neoplasia de esôfago médio.

Após o diagnóstico, o paciente, encaminhado para Montes Claros, realizou 22 sessões de radioterapia das 28 inicialmente estipuladas. A interrupção das sessões ocorreu devido ao resultado da Tomografia Computadorizada de abdômen que revelou presença de volumosa lesão expansiva, sólida, com áreas de necrose central, localizada em íntimo contato e sem planos de clivagem com o esôfago distal e fundo gástrico.

O tratamento quimioterápico foi iniciado e, em agosto de 2017, introduziu-se a nutrição por sonda nasogástrica. Em outubro do mesmo ano, foi substituída por sonda abdominal, tendo sua alimentação alterada para dieta pastosa/líquida de verduras, legumes, frango, ovo, feijão, macarrão e arroz. Devido à perda sanguínea, o paciente encontrava-se com astenia, tontura e episódios de desmaios, sendo necessária a realização de hemotransfusões (aproximadamente 70 bolsas em 6 meses), sem melhora significativa do quadro anêmico.

Na sequência, o paciente relatou persistência da dor epigástrica e melena, acrescido de disfagia, tosse produtiva e dispneia a pequenos esforços. Fez uso de dipirona, paracetamol, buscopan, tramadol vinte gotas (100mg/ml), cimeticona, transmin (250 mg 1 comprimido de 8 em 8 horas, até melhora do sangramento nas fezes), omeprazol, e suplementação alimentar e vitamínica. Negava Diabetes

Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica e demais comorbidades.

Abstêmio de tabaco há vinte anos (com carga tabágica de trinta anos maço) e de álcool há 2 (ingeria bebidas destiladas três vezes na semana). Pai falecido aos 74 anos em decorrência a câncer de próstata, mãe falecida (não sabe relatar causa), irmã de 60 anos com câncer de esôfago em tratamento, 4 filhos hígidos.

À ectoscopia, o paciente apresentava-se bem orientado no tempo e no espaço, consciente, fácies atípicas, postura antálgica, anictérico, acianótico, afebril, conjuntivas hipocoradas, turgor e elasticidade conservados, fâneros sem alterações, presença de lesões cicatriciais descamativas. Linfonodo cervical palpável de 3cm, indolor e móvel. Tireoide de conformação anatômica e fibroelástica. Ausência de edema em membros inferiores.

Ao exame do aparelho respiratório, observou-se tórax atípico, taquidispneia, saturação de O₂ de 93%, expansibilidade aumentada bilateralmente, frêmito toracovocal presente e simétrico, som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios. Com relação ao sistema cardiovascular, constatou-se pulsos arteriais periféricos fisiológicos, jugular plana, ictus cordis não visível e não palpável, ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas e normorítmicas, normocárdico e normotenso, ausência de sopros, atritos e estalidos. Por fim, à avaliação do aparelho digestório verificou-se abdomen globoso, sem ascite. Ausência de abaulamentos, retrações e circulação colateral. Ruídos hidroaéreos presentes. Timpanismo predominante. Espaço de Traube livre, fígado e baço impalpáveis. Sem sinais de irritação peritoneal.

PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR

Os seguintes exames laboratoriais foram

solicitados para avaliar o comprometimento orgânico, estadiamento e classificação do tumor para direcionar o melhor arsenal terapêutico. Desse modo, encontraram-se os seguintes resultados: Hemácias 2270000, Hematócrito 23,5%, Volume Corpuscular Médio 103,5 fl, HCM 31,3pg, CHCM 30,2 g/dl, RDW 21,1%, leucócitos globais 8240 mcl, mielócitos 0%, metamielócitos 0%, bastonetes 0%, segmentados 71%, eosinófilos 15%, basófilos 0%, monócitos 6%, linfócitos típicos 8%, plaquetas 503000, glicemia de jejum 95 mg/dl, potássio 4,70 mmol/L, ureia 19 mg/dl, creatinina 0,78 mg/dl, bilirrubina direta 0,19 mg/dl, bilirrubina indireta 0,27 mg/dl, bilirrubina total 0,46 mg/dl, aspartato aminotransferase (AST/TGO) 28 U/L, alanina aminotransferase (ALT/TGP) 21 U/L, gama glutamiltransferase 142 U/L.

Realizou-se, no dia 06/06/2017, biópsia esofágica com a seguinte conclusão: Histologia compatível com carcinoma de células escamosas, pouco diferenciado, invasor de esôfago, fragmentos. Fez-se videoesofagogastroduodenoscopia (Figura 1) no dia 26/06/2017 com o seguinte laudo: videoesofagogastroduodenoscopia compatível com neoplasia de esôfago.

Figura 1 -Videoesofagogastroduodenoscopia



Fonte: videoesofagogastroduodenoscopia, 2018.

No dia 18/07/2017 a tomografia computadorizada de tórax (Figuras 2, 3, 4, 5) revelou: Nó-

dulos calcificados nos pulmões compatíveis com granulomas. Trave densa residual no lobo inferior direito.

Figuras 2, 3, 4,5: tomografia computadorizada de tórax



Fonte: Tomografia Computadorizada do paciente, 2018.

No dia 28/07/2017 realizou-se novamente a esôfago gastroduodenoscopia, tendo-se como impressão diagnóstica: esofagite endoscópica ulcerada acentuada, lesão ulcerada em fundo gástrico podendo caracterizar neoplasia e duodenite endoscópica enantematosa leve.

DISCUSSÃO

O tipo de CE mais frequente em negros é o carcinoma epidermoide escamoso.¹ Outro tipo, o adenocarcinoma, mais comum na população de raça branca, vem aumentando significativamente.³

Embora o índice de mortalidade do CE seja alto, tendo sido considerado a sexta causa de morte por câncer no mundo no ano de 2008, o tratamento tem melhorado a taxa de sobrevivência. Durante os anos 1960 e 1970, apenas 5% dos pacientes sobreviviam pelo menos cinco anos após o diagnóstico.²

A etiologia do CE envolve uma interação de diversos fatores de risco (FR), como: idade, história familiar e associação genética, além de muitos fatores extrínsecos. Entre estes, estão a ingestão de álcool, tabagismo, uso de nitrosaminas e aflotoxinas, infecções locais por fungos, deficiência de Riboflavina e vitamina A (ingesta baixa de frutas e legumes) e ingesta excessiva de erva mate. Algumas infecções como o megaesôfago, estenoses cáusticas do esôfago e esôfago de Barrett têm suas importantes contribuições na etiologia do CE. Alguns fatores ocupacionais como exposição em longo prazo à poeira de sílica, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e metais também têm sido estudados como fatores de risco para este tipo de câncer.⁴

Os CE podem ser classificados, segundo a histologia, em carcinoma epidermoide (ou escamoso) e adenocarcinoma. O primeiro é derivado do epitélio estratificado não-queratinizado, característico da mucosa normal do esôfago. Esse tumor acomete principalmente os terços médio e inferior do esôfago. Existe uma íntima correlação entre alcoolismo e tabagismo nos pacientes portadores dessa neoplasia. Cabe ressaltar a existência de variantes do carcinoma epidermoide: carcinoma verrucoso, carcinoma epidermoide tipo basiloide e carcinoma

(epidermoide) sarcomatoide,⁵

O adenocarcinoma surge na parte distal do esôfago na presença de refluxo gástrico crônico e metaplasia gástrica do epitélio (esôfago de Barrett). Existe uma forte relação entre sua incidência e indivíduos obesos (Índice de Massa Corporal >30 Kg/m²). O adenocarcinoma desenvolve-se no interior do epitélio colunar displásico principalmente na junção esôfago-gástrica/cárdia. Mesmo antes da neoplasia se tornar detectável, observam-se aneuploidia e mutações do p53 no epitélio displásico. Variantes raras dos adenocarcinomas incluem o carcinoma mucoepidermoide e o carcinoma adenóide-cístico.⁵

O tumor maligno de esôfago nas fases iniciais costuma ser assintomático. Já em fases avançadas, observa-se disfagia em 80 a 90% dos pacientes, iniciada quando há obstrução, de metade a um terço, da luz pelo tumor. Por essa razão, na maioria dos indivíduos, o diagnóstico é retardado. A perda ponderal é frequente, porém inespecífica. Os sintomas resultantes de complicações são tosse e febre (secundários à fístula do trato respiratório), hematêmese ou melena, rouquidão (envolvimento do nervo laríngeo recorrente) e soluços (envolvimento do nervo frênico).

O exame físico é o primeiro passo para o estadiamento, podendo não apresentar alterações ou evidenciar sinais de emagrecimento, linfonodos palpáveis, aumento do volume hepático e aspecto nodular por doença metastática.⁶

A disseminação do carcinoma de esôfago pode ocorrer por contigüidade, via linfática, hematogênica e intramural. O aparecimento de linfonodos endurecidos, palpáveis na fossa supraclavicular (nódulo de Troisier-Virchow) e na axila (nódulo de Ireland), geralmente significa doença metastática. As metástases à distância mais importantes são fígado e pulmão.

Alguns exames são necessários para confirmar o diagnóstico e realizar o estadiamento do câncer, visando identificar a extensão local e eventual propagação à distância da lesão. Avaliação nutricional e pesquisa de outras patologias devem ser realizadas. CE pode ser diagnosticado por exame radiológico contrastado de esôfago e pela endoscopia digestiva alta, que permitem visualização do tumor e medida da sua extensão. O exame endoscópico é, no entanto, o único que permite a biópsia da lesão para confirmação histopatológica, sendo, portanto, o melhor método diagnóstico do CE. Nos casos de risco para carcinoma epidermoide, o corante de escolha é a solução de lugol; e em caso de adenocarcinoma, está indicado o azul de metileno, com intuito de facilitar a detecção de alterações mínimas da mucosa e direcionar a coleta de biópsias.⁷

Os exames laboratoriais não são específicos. Anemia com ou sem deficiência de ferro pode estar presente, assim como aumento na taxa de sedimentação eritrocitária (VHS). O aumento da fosfatase alcalina sérica ou transaminases sugerem envolvimento hepático. Diminuição da albumina reflete desnutrição. Aumento no tempo de protrombina sugere doença hepática, metástase ou desnutrição. A hipercalemia em razão de metástase óssea pode estar presente.⁶

A ultrassonografia endoscópica possibilita avaliar a invasão da parede do esôfago e a biópsia de linfonodos periesofagianos suspeitos. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são utilizadas para o estadiamento do CE.⁶

Após o estadiamento, define-se qual o tratamento adequado. Nos casos suspeitos de neoplasia precoce com diâmetro menor que 3 cm, circunferência comprometida até três quartos do total e menos de quatro lesões, pode-se realizar tratamento curativo por ressecção endoscópica. A ressecção cirúrgica e a linfadenectomia são indicadas nos casos em que não há comprometimento de órgãos adjacentes e podem ser seguidas ou não de radioterapia

ou quimioterapia. Nos casos de tumor irressecável, pode-se optar pela derivação cirúrgica, como quimioterapia, radioterapia, colocação de próteses endoscópicas e terapia fotodinâmica.⁷

A sobrevida de cinco anos de pacientes com câncer precoce de esôfago, sem metástases em linfonodos e à distância, tratados cirurgicamente é de 75 a 88%, enquanto pacientes que apresentam metástases linfonodais têm sobrevida de 40 e 55% sem incluir a taxa de mortalidade operatória. Tais números indicam claramente a importância do diagnóstico do CE ainda em fase inicial. A possibilidade de melhor sobrevida dos pacientes com carcinoma epidermoide depende, fundamentalmente, do diagnóstico em estadiamento precoce seguida da ressecção do tumor.⁶

CONCLUSÃO

Observa-se que devido o diagnóstico tardio e a progressão acelerada do carcinoma epidermoide o paciente evoluiu com metástase no fundo gástrico e passou a não preencher critérios para o tratamento curativo com radioterapia, cirurgia ou quimioterapia. Associado a esse fato e, devido ao mal prognóstico, permaneceu em cuidados paliativos com uma equipe multidisciplinar por 11 meses, o que proporcionou maior qualidade de vida para o paciente e sua família. Veio a óbito no dia 31/05/2018.

REFERÊNCIA

- 1- Inca, **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago/definicao>>. Acesso em: 04 mar. 2018.
- 2- Instituto Oncoguia. **Estatística para câncer de esôfago**. Disponível em: <[http://www.oncoguia.org.br/conteudo/principais-](http://www.oncoguia.org.br/conteudo/principais)

dados-estatisticos-sobre-o-cancer-de-esofago/7599/222/>. Acesso em: 06 mar 2018.

- 3- American cancer society. **Key Statistics for Esophageal Cancer**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/esophagus-cancer/about/key-statistics.html>>. Acesso em: 02 mar 2018.
- 4- Monteiro, Nonato Mendonça Loft *et al.* Câncer de Esôfago: Perfil das manifestações clínicas, histologia, localização e comportamento metastático em pacientes submetidos a tratamento oncológico em um centro de referência em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 1, p. 27-32, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v01/pdf/06_artigo_cancer_de_esofago.pdf>. Acesso em: 28 fev 2018.
- 5- Hamilton, Stanley; Aaltonen, Lauri. **Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System**. World Health Organization Classification of Tumours, IARC Press Lyon, 2000. Disponível em: <<https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb2/BB2.pdf>>. Acesso em: 02 mar 2018.
- 6- Martins, Milton de Arruda. **Clínica Médica**. V. 4, 2º ed. Manoele.
- 7- Queiroga, Ricardo; PERNAMBUCO, Ana Paula. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2, p. 173-178, 2006.