

# FREQÜÊNCIA DE CÂNCER DE ESÔFAGO EM DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS ENTRE 1986 E 1995 NO HU – FURG<sup>1</sup>

OBIRAJARA RODRIGUES\*  
MÁRCIA S. GRAUDENZ\*  
DAIOZ MENDOZA-AMARAL\*  
REGINA M. C. GONÇALVEZ\*  
ELIANA FAVERO\*\*  
RAFAEL IGNACIO BRANDÃO\*\*  
ÉLCIO ALFREDO DALASTRA\*\*

## RESUMO

A partir de 118 diagnósticos anatomopatológicos de esôfago, foi realizada análise da freqüência, tipo histológico, localização e incidência segundo gênero do câncer de esôfago. Este estudo compreendeu o período de janeiro de 1986 a janeiro de 1995 e foi realizado no Laboratório de Anatomia Patológica da FURG. Do total de 118 diagnósticos, 65 foram processos neoplásicos malignos, sendo 52 (80%) do tipo escamocelular, 9 (13,85%) adenocarcinomas e 4 (6,15%) carcinomas indiferenciados. Em relação ao tipo histológico, houve um predomínio do escamocelular. A localização mais freqüente do escamocelular foi no terço médio, enquanto do adenocarcinoma foi no terço inferior, havendo predomínio no sexo masculino e na faixa etária entre os 41 e 56 anos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer de esôfago, neoplasia digestiva, neoplasias.

## ABSTRACT

In a retrospective study of 118 histopathological diagnoses of esophageal lesions obtained from the Histopathology Laboratory of the FURG University Hospital data bank, information about cancer incidence, histological type, site and sex distribution was compiled. From a total of 118 diagnoses, 65 were cancer, being 52 (80%) of the squamous cell type, 9 (13,85%) adenocarcinoma and 4 (6,15%) carcinoma poorly differentiated. There was a predominance of the squamous cell type and the most frequent site was located in the mid oesophagus. Adenocarcinomas were found in the lower third, predominantly in 41-56 year-old patients.

**KEY WORDS:** oesophageal cancer, digestive neoplasm, neoplasm.

---

\* Professor do Departamento de Patologia – FURG.

\*\* Bolsista de Iniciação Científica – Dep. de Patologia – FURG.

<sup>1</sup> Trabalho desenvolvido no Dep. de Patologia – FURG.

## 1 – INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago é a quarta neoplasia maligna mais comum que acomete o sistema digestório do homem. Uma maior incidência de câncer de esôfago é observada no sexo masculino, em comparação com o sexo feminino<sup>19</sup>. Nos Estados Unidos essa relação é de 4:1, e quatro vezes mais incidente na população negra<sup>24</sup>.

Na maioria dos estudos a idade de distribuição do câncer de esôfago se mostra com um predomínio entre os 50 e 70 anos de idade, e 60% dos pacientes estão entre os 50 e 60 anos de idade<sup>27</sup>.

Diferenças geográficas na incidência de câncer de esôfago têm sido documentadas, não somente entre diferentes países, mas também entre regiões do mesmo país, muitas vezes com variações importantes em áreas circunvizinhas. Algumas áreas do mundo são consideradas endêmicas devido à alta incidência para este tipo de câncer. Dentre estas destacam-se o norte da China, norte do Irã, Escócia e, no Brasil, o Rio Grande do Sul<sup>2,19,22,26,29</sup>. As regiões do norte da China e do Irã são consideradas zonas de alta incidência, por ultrapassarem a taxa de 50 casos por 100 mil habitantes/ano<sup>19,26</sup>. Na África do Sul, as taxas variam de 73 a 12 por 100 mil habitantes, demonstrando alta, média e baixa incidência de câncer de esôfago para as diferentes regiões deste país<sup>22</sup>. Nos Estados Unidos varia de 2 a 8 casos por 100 mil habitantes.

No Brasil, o Rio Grande do Sul é o estado onde se registra a incidência mais significativa de câncer de esôfago no país, com 700 a 800 casos por ano. Para estudos epidemiológicos, o estado é considerado uma zona de média incidência, com cerca de 33 casos por 100 mil habitantes por ano, em áreas determinadas. No restante do Brasil e na maioria dos países, a incidência é muito baixa, não ultrapassando 5 casos por 100 mil habitantes por ano<sup>22,24</sup>.

No Rio Grande do Sul, uma das áreas de maior incidência está na região serrana, mais especificamente na microrregião de Gramado e Canela, que compreende os municípios de Gramado, Canela, Taquara, Parobé, Arvorezinha, Nova Petrópolis, Rolante e adjacências. Em municípios vizinhos, na serra de Caxias do Sul, Farroupilha e Garibaldi, a incidência é baixa como nos outros lugares do mundo. O que reforça a característica de que o câncer de esôfago ocorre numa determinada região, mas já cai em locais distantes não mais que 30 ou 40 quilômetros<sup>21,29</sup>.

Outra área do Rio Grande do Sul é considerada de média incidência. Trata-se da zona Sul e Oeste do estado, compreendendo a faixa que vai desde o município de São Borja até Jaguarão, incluindo Uruguaiana, Alegrete, Santana do Livramento e Quaraí<sup>21,29</sup>.

Este trabalho tem como objetivo determinar a frequência do câncer de esôfago em diagnósticos anatomopatológicos, a partir de biópsias e

peças cirúrgicas enviadas ao Laboratório de Anatomia Patológica – FURG (LAP-FURG) no período de janeiro de 1986 a janeiro de 1995.

## 2 – MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisados 118 laudos de diagnósticos de patologias do esôfago, compreendendo o período de janeiro de 1986 a janeiro de 1995, obtidos a partir de diagnósticos anatomopatológicos e estudo do banco de dados do Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Universitário – FURG.

Com os resultados obtidos, realizou-se a análise de dados referentes a freqüência de neoplasias, tipos histológicos, localizações no esôfago e faixas etárias de incidência.

## 3 – RESULTADOS

A partir da análise dos 118 laudos de patologias de esôfago, foi possível verificar dados relativos à freqüência dos tipos histológicos, dos quais foram observados os seguintes resultados: carcinoma escamocelular, 52 (80%); adenocarcinoma, 9 (13,85%) e indiferenciado, 4 (6,15%) (Fig.1).

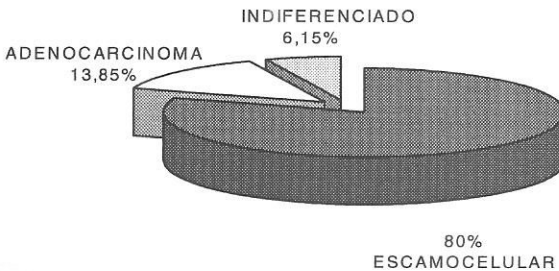


FIGURA 1 – Freqüência dos diferentes tipos histológicos de câncer de esôfago dentre as neoplasias esofágicas no período de janeiro de 1986 a janeiro de 1995 – Laboratório de Anatomia Patológica HU – FURG.

Quanto à localização dos tipos histológicos, o terço médio do esôfago foi o mais acometido, com 13 casos, seguido do terço inferior com 9 casos e superior com 3 casos. No terço médio o carcinoma escamocelular foi o mais encontrado (12 casos). O adenocarcinoma e o carcinoma indiferenciado foram os mais freqüentes no terço inferior (5 e 2 casos respectivamente) (Fig. 2).

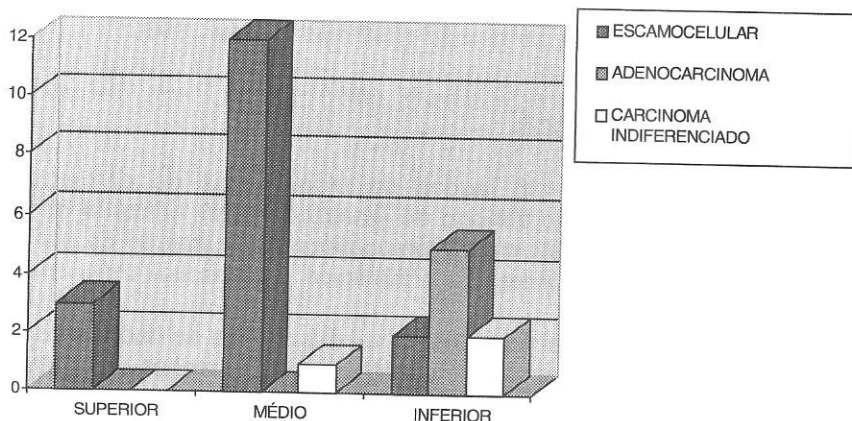


FIGURA 2 – Frequência e localização dos diferentes tipos histológicos de câncer de esôfago, em 118 diagnósticos de patologias esofágicas, dentro dos terços superior, médio e inferior do esôfago, no período de janeiro de 1986 a janeiro de 1995 – Laboratório de Anatomia Patológica – HU – FURG.

Na distribuição das neoplasias segundo o sexo e o tipo histológico, foi possível observar os seguintes aspectos: 40 casos no sexo masculino e 25 casos no sexo feminino, numa proporção entre homens e mulheres de 1,6: 1 para o escamocelular, 2: 1 para o adenocarcinoma e de 1: 1 no indiferenciado (Fig.3).

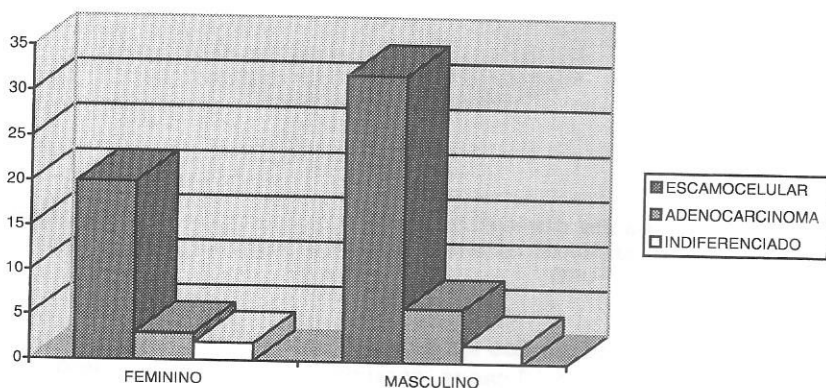


FIGURA 3 – Distribuição dos diferentes tipos histológicos de câncer de esôfago segundo o gênero, dentre as patologias esofágicas no período de janeiro de 1986 a janeiro de 1995 – Laboratório de Anatomia Patológica – HU – FURG.

## 4 – DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que morrem cerca de seis milhões de pessoas de câncer por ano. De 1971 a 1996 houve um aumento de 6,3% nos óbitos pela doença nos Estados Unidos e 16% na Europa. No Brasil, estimam-se para este ano 269 mil novos casos<sup>11</sup>.

O câncer de esôfago é a sexta neoplasia mais freqüente no Brasil e a quinta no Rio Grande do Sul<sup>10</sup>. Entre 1986 e 1995, foi a sétima neoplasia mais incidente em diagnósticos anatomopatológicos realizados pelo LAP-FURG<sup>25</sup>.

Dentre os 118 diagnósticos de patologia esofágica, realizados a partir de biópsias e peças cirúrgicas enviadas ao LAP-FURG, 55% foram de neoplasias malignas. A análise dos dados encontrados neste estudo revela que o comportamento desta neoplasia, em nosso meio, é semelhante àqueles observados em outros estudos<sup>19,24</sup>. A forma histológica mais incidente foi a do carcinoma escamocelular, com 80% dos diagnósticos, localizado em terço médio do esôfago. Todos os diagnósticos de adenocarcinoma, 13,8%, tiveram localização em terço inferior do esôfago, assim como as formas indiferenciadas (6,15%). Outro dado que coincide com os relatos de literatura foi a maior freqüência desta neoplasia no sexo masculino.

Por ter o câncer de esôfago uma importância epidemiológica significativa para o Rio Grande do Sul<sup>22,24</sup> e ser freqüente em nosso meio<sup>25</sup>, maiores estudos dessa patologia são importantes em nossa região.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Chaib SA, Mion Jr D, Mion CC, Lopasso FP, Santamaria M, Vasconcelos E. Câncer de esôfago – revisão de 200 casos. *Rev Hosp Fac Med S Paulo* 1979;34(2):62-7.
- 2 Chow WH, MacLaughlin JK, Malaker HS, Linet MS, Weiner JA, Stone BJ. Esophageal cancer and occupation in cohort of Swedish men. *Am J Ind Med* 1995;27(5):749-57.
- 3 Davidson SL, Pastorelo EF, Bussacos MA, Correa MCMA, Haenzel W, Correa P. Epidemiologia do câncer do esôfago em São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1982;16(1): 54-65.
- 4 Estes NC, Stauffer J, Romberg M, Thomas JH, Jewell WR, Hermreck A. Squamous cell carcinoma of the esophagus. *Am Surg* 1996 Jul;62(7):573-6.
- 5 Flood WA, Forastiere AA. Esophageal cancer. *Curr Opin Oncol* 1995 Jul;7(4):381-6.
- 6 Fontes PRO. Carcinoma of the esophagus. *Rev Med Santa Casa* 1989;1(1):64-70.
- 7 Gimeno SGA, Souza JMP, Mirra AP, Correa P, Haenszel W. Fatores de risco para o câncer de esôfago: estudo caso-controle em área metropolitana da região Sudeste do Brasil – *Rev. Saúde Pública* 1995;29(3):159-65.
- 8 Gore RM. Esophageal cancer. clinical and pathologic features. *Radiol Clin North Am* 1997; 35(2):243-63.
- 9 Guarner V. El carcinoma mas representativo en el esofago es el carcinoma epidermoide. *Rev. Gastroenterol M,x* 1983;48(3):155-62.
- 10 Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 1991. p37.
- 11 *Jornal da Associação Catarinense de Medicina. O câncer continua matando. Florianópolis; 1998. p.4.*

- 12 Lieberman MD, Shriver CD, Bleckner S, Burt M. Carcinoma of the esophagus. Prognostic significance of histologic type. *J Thorac-Cardiovasc Surg* 1995 Jan;109(1):130-9.
- 13 Machado Filho AC, Fedrizzi ER, Silva CAJ. Câncer de esôfago: análise de 52 casos. *Arq. Catarin Med* 1990;19(2):103-11.
- 14 Mannell AMW. Oesophageal cancer in South Africa. A review of 1926 cases. *Ulster Med J.* 1989 Oct;58(2):177-181.
- 15 Mirra AP, Justo FA, Miziara JEA, Schneider CAR, Trippe N. Evolução histórica do tratamento do câncer de esôfago no Hospital A. C. Camargo. *Rev Assoc Med Bras* 1995;41(4):277-83.
- 16 Moreira LF. Carcinoma de esôfago torácico e metástase intramural. *Rev. AMRIGS* 1994;38(1): 23-6.
- 17 Ng WK, Lam KY, Chan AC, Kwong YL. Collision tumour of the oesophagus: a challenge for histological diagnosis. *J Clin Pathol* 1996 Jun;49(6):524-6.
- 18 Nakanishi Y, Ochiai A, Shimoda T, Yamaguchi H, Tachimori W, Kato H, Watanabe H, Hirohashi S. Epidermization in the esophageal mucosa: unusual epithelial changes clearly detected by Lugol's staining. *Am J Surg Pathol* 1997 May;21(5): 605-9.
- 19 Penteadó JF, Antunes RS, Perlingeiro LH. Tumor maligno de esôfago inferior. *Medicina de Hoje* 1978;38(4):218.
- 20 Pinotti HW, Felix VN, Domene CE, Santiago CA, Raia AA. Carcinoma do esôfago e estenose cáustica. Considerações sobre três casos. *R Bras Cir* 1982;72(5):277-280.
- 21 Prolla JC, Furtado JD, Barcellos LE. Alguns aspectos da epidemiologia do câncer de esôfago no RS – BR. 1979. *Rev AMRIGS* 1983;27:26-32.
- 22 Prolla JC, Dietz J, Costa LA. Diferenças geográficas na mortalidade por câncer de esôfago no Rio Grande do Sul. *Rev Ass Med Brasil* 1993; 39(4):217-20.
- 23 Ribeiro Jr U, Posner MC, Safatle RAV, Reynolds JC. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oesophagus. *Br J Surg* 1996 Sep;83(9):1174-85.
- 24 Robbins SL, Contran RS, Kumar V. *Patologia estrutural e funcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. v.17 p. 672-83.
- 25 Rodrigues O, Juliano CRV, Mendoza AD, Friedmann P, Gonçalves RC, Graundenz MS, Ferreira, AV, Pires, JF, Peres RC, Nunes JA, Ongaro, LCD, Daroda, RF, Ortiz Jr PEF, Balaguez R. Levantamento de diagnósticos realizados pelo Laboratório de Anatomia Patológica - FURG durante o período de dez anos (1986-1995). *Vitalle* 1995;9:71-8.
- 26 Sallet JÁ, Andreollo NA, Venco FE, Brandalise NA, Leonardi LS. Carcinoma epidermóide de esôfago induzido pela dietilnitrosamina (DEN). *Acta Cir Bras* 1996;11(3):138-43.
- 27 Sanderson DR, Bernartz PE. Malignant tumors of the esophagus and cardia of the stomach. In: Payne WS, Olsen AM, editors. *The esophagus*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1974. p.239-59.
- 28 Sarbia M, Verreet P, Bittinger F, Dutkowski P, Heep H, Willers R, Gabbert HE. Basaloid squamous cell carcinoma of the esophagus: diagnosis and prognosis. *Cancer*. 1997 May 15;79(10):1871-8.
- 30 Sons HU. Etiologic and epidemiologic factors of carcinoma of the esophagus. *Surg Gynecol & Obst.* 1987;165:183-9.
- 31 Ximenes NM. Estadiamento do câncer de esôfago. *Rev Med Aeronaut Bras* 1990;40(1):7-11.
- 32 Ziliotto JÁ, Kunzle JE, Araujo EJ, Ricci GO. Carcinoma espinocelular de esôfago. Experiência em 56 casos. *Rev Assoc M Bras* 1981;27(9):253-6.