

Metástase cerebral como manifestação clínica inicial de cancer de esôfago - raro Relato de Caso.

Brain metastasis as first presentation of esophageal cancer - a rare Case Report.

Frederico Paes Barbosa¹; Sandro Bichara Mendonça²; Gabriel Soares Mendonça³; Camila Burla Artiles³.

¹ Diretor Clínico do UNACON, Hospital Escola Álvaro Alvim;

² Médico do UNACON, Hospital Escola Álvaro Alvim; Especialização e Mestrado pela UFRJ, 2008.

³ Graduandos em Medicina, Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ.

RESUMO

Relatamos um caso de Câncer de Esôfago, com rara manifestação clínica inicial: metástase cerebral. Inicialmente abordado neurocirurgicamente, com sucesso, o estudo histopatológico da peça operatória sinalizou para possível origem gastrointestinal. O qual foi histopatologicamente estudado, sendo identificado: neoplasia de esôfago distal avançada. Fundamentados em informações científicas atualizadas especializadas sobre o caso clínico, constatamos tratar-se de raro caso clínico com prognóstico bastante desfavorável para o doente. Entretanto, com acolhimento e tratamento clínico protocolar, ético, multiprofissional cauteloso: obtivemos melhores resultados clínicos para o doente, comparado às informações pesquisadas e registradas neste Relato de Caso. Esperamos ressaltar para a comunidade médica, de um modo geral, a complexidade com que as doenças oncológicas podem se apresentar e a necessidade de abordagens multiprofissionais clínicas protocolares éticas, compartilhadas tanto com o doente, quanto com seus familiares. Nestas condições, resultados inesperados podem ser alcançados.

Unitermos: câncer de esôfago; manifestações clínicas atípicas; manuseio clínico protocolar multiprofissional.

ABSTRACT

We report a case of cancer of esophagus, with rare clinical manifestation: brain metastases. Initially approached by neurosurgery, successfully, the histopathological study of the surgical biological resected signaled possible gastrointestinal origin. Further histopathologically studied, was identified: advanced distal esophageal neoplastic. Based on updated scientific information on specialized clinical case, we found that it was a rare clinical case with highly unfavorable prognosis for the patient. However, with care and clinical treatment protocol, ethical, multi cautious: we had better clinical outcomes for the patient, compared to the information researched and recorded in this Case Report. We hope to highlight for the medical community, in general, the complexity with which oncological diseases may present and the need for multidisciplinary approaches to clinical ethics protocol, both shared with the patient and with their families. Under these conditions, unexpected results can be achieved.

Key Words: esophageal cancer; atypical clinical manifestations; multidisciplinary clinical management protocol.

INTRODUÇÃO

Os cânceres de esôfago são doenças relativamente incomuns e altamente letais. Deficiências nutricionais associadas ao etilismo e tabagismo crônico, costumam estimular a carcinogênese, não somente no caso do câncer de esôfago. A predisposição genética ainda é controversa neste tipo de câncer. O diagnóstico e estadiamento (extensão da doença) costumam ocorrer mediante radiografia com duplo contraste, esofagoscopia com biópsia e estudo histopatológico, Tomografias Computadorizadas. Os tipos histopatológicos mais comuns: carcinomas epidermóides, nas topografias anatômicas: esôfago superior e médio; adenocarcinomas, na topografia anatômica: esôfago distal. Os sintomas mais usuais, associados aos fatores de riscos mencionados, são: disfagia e odinofagia progressivas, desconfortos retroesternais, perdas ponderais, ocasionais vômitos com hematêmese. A menor sobrevida global está associada aos diagnósticos avançados, doenças metastáticas. Os sítios metastáticos mais comuns são: pulmões, fígado e ossos.^{1, 2, 5}

As metástases cerebrais de cânceres de esôfago são extremamente raras. Sendo poucas as informações científicas sobre a história natural, abordagens terapêuticas e prognósticos destes doentes.^{2,3,4,6}

Os tumores cerebrais metastáticos representam cerca de 20 a 40 % das neoplasias intracranianas. Sendo habitualmente derivados de tumores primários da mama (12%) e pulmão (50%). Estima-se em torno de 4%, a incidência de tumores do trato gastrointestinal metastáticos para sistema nervoso central.³

Os doentes portadores de canceres do trato gastrointestinal metastático para cérebro costumam apresentar faixa etária em torno de 65 anos, tabagistas e etilistas crônicos, baixo nível social e econômico, apresentando performance status 3 ou 4 (importantes limitações funcionais pessoais). Sendo metastático, o estadio do câncer é IV. O tipo histológico mais comum: adenocarcinoma. A sobrevida global é pequena, menor do que 6 meses.^{2,4,5}

Doentes oncológicos com metástases cerebrais muitas vezes são vistos como doentes terminais. A condição clínica do doente, não raramente gera ceticismo quanto à eficácia da indicação do tratamento paliativo quimioterápico. Entretanto, o manuseio clínico oncológico multiprofissional protocolar dos doentes com melhores performances status, tem se mostrado eficaz tanto na palição dos sintomas quanto no prolongamento do intervalo livre de progressão da doença metastática.⁶

Para os doentes portadores de cânceres de esôfago metastáticos para cérebro, com melhores performance status, a máxima ressecção cirúrgica inicial seguida de irradiação do cérebro inteiro (WBRT) tem sido associada com maior sobrevida (38,4 - 262 semanas), em comparação com abordagem única cirúrgica.^{3,4,6,7}

A indicação do tratamento quimioterápico paliativo protocolar, após abordagem inicial descrita, vai depender, sobretudo: do performance status do doente. Pode-se optar

por quimioterapia paliativa com droga única ou combinações. A combinação 5-fluouracil (ou capecitabina) e cisplatina é bem indicada (categoria 1). Para os adenocarcinomas com hiper-expressão do receptor de crescimento epidérmico Her-2 neu, a combinação Herceptin, Cisplatina e 5-Fluouracil mostra bom controle da doença metastática, tempo livre de progressão de doença, sem mudanças significativas na sobrevida global. As combinações quimioterápicas contendo taxanos, também mostram resultados clínicos paliativos satisfatórios.⁸

Entretanto, no Sistema Único de Saúde, por razões financeiras, nem sempre é possível aos serviços oncológicos especializados oferecerem aos doentes: o protocolo terapêutico mais eficaz. Uma condição atual sendo revisada e progressivamente modificada pelos órgãos competentes da Saúde Pública.

RELATO DE CASO

H.L., 68 anos, branco, casado, aposentado, ensino fundamental completo, católico, residente em Quissamã, RJ. Iniciou quadro clínico em Janeiro de 2012, com cefaléias, tonturas, lipotimias e importante pirose retroesternal, disfagia e odinofagia. Apresentava história de etilismo e tabagismo de longa data, fazendo uso de cerca de 40 cigarros/dia por mais de 15 anos. Foi submetido à Tomografia Contrastada do Crânio (em anexo), que evidenciou lesão tumoral na região parietal direita, irregular, captante de contraste, medindo 3,0 x 2,8 cm, sugestiva de metástase neoplásica (imagem em anexo). A abordagem neurocirúrgica (craniotomia parietal direita) possibilitou excisão completa da lesão cerebral, sem intercorrências clínicas. O laudo histopatológico atestou adenocarcinoma metastático. Após a Neurocirurgia foi encaminhado ao Serviço de Oncologia, UNACON do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), Campos dos Goytacazes, RJ. Na avaliação clínica inicial pós-operatória, encontrava-se clinicamente debilitado, hemiplégico à esquerda. Após suporte clínico multiprofissional e melhora clínica pós-operatória satisfatória, foi encaminhado ao Serviço de Radioterapia; submetido a tratamento na dose de 2000 cGy, em 05 aplicações. Em Junho de 2012, retornando da Radioterapia, mantinha queixas de disfagia, odinofagia e dores torácicas tipo pontadas, de intensidade moderada a forte, persistentes e que pioravam com os movimentos respiratórios. As Tomografias Torácicas contrastadas mostraram alterações volumosas do esôfago médio e lesões parenquimatosas pulmonares sugestivas de implantes secundários. (em anexo). A Endoscopia Digestiva Alta, realizada ainda em Junho de 2012, revelou lesão blastomatosa de esôfago médio, ulcerada, heterogênea, estenosante, dificultando a passagem do aparelho, com 12 cm de extensão longitudinal, fortemente sugestiva de blastoma de esôfago médio. O laudo histopatológico da lesão do esôfago revelou: adenocarcinoma. Evoluindo com progressiva dificuldade alimentar, foi avaliado pela cirurgia oncológica do UNACON / HEAA, sendo submetido à jejunostomia alimentar. O doente evoluiu com melhora clínica importante após o suporte

nutricional: lúcido, ativo e desejando tratamento oncológico especializado. Após discussão do caso clínico com equipe clínica do UNACON/HEAA, sobre os riscos e benefícios de possível tratamento quimioterápico paliativo para o doente, considerando ainda o desejo do doente e de seus familiares, iniciou QT paliativa em Agosto de 2012, com Cisplatina e 5-Fluoracil, IV, D1 - D4, em infusão contínua, 21 / 21 dias, 04 ciclos. Apresentou boa resposta parcial até Abril de 2013, quando a doença evoluiu significativamente. O doente apresentou importante queda do performance status, recebendo cuidados paliativos, indo a óbito no início de Maio de 2013.

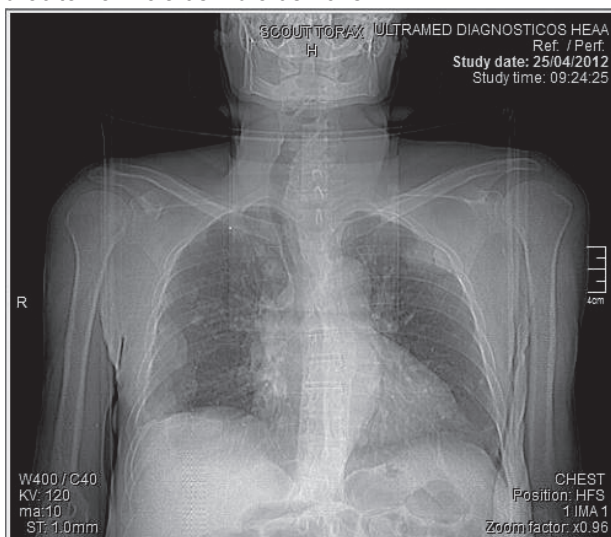


Figura 1 - Radiografia de Tórax

DISCUSSÃO & CONSIDERAÇÕES FINAIS

O doente apresentou raro caso de câncer de esôfago metastático para cérebro, considerando informações da literatura especializada. Apresentava faixa etária e estilo de vida: compatíveis com os relatos literários favorecedores para a doença. Assim como sintomatologia sugestiva. O tipo histopatológico do câncer de esôfago, considerando sua anatomia, discordou da prevalência mencionada na literatura especializada: adenocarcinoma. Porém, este tipo histopatológico tem maiores chances de metástases. Apesar de diagnosticado com doença metastática, com suporte clínico multiprofissional especializado protocolar, apresentou sobrevida global maior do que a estimada pela literatura. Tendo contribuído significativamente a ressecção neurocirúrgica inicial, seguida de radioterapia, sem intercorrências clínicas graves. Seguindo-se suporte clínico multiprofissional oncológico protocolar cautelosa. Sempre esclarecendo o doente e seus familiares sobre os riscos e benefícios inerentes ao tratamento quimioterápico paliativo especializado para a grave doença descrita. Ainda considerando, rigorosamente, os desejos tanto do doente, quanto de seus familiares: decisões clínicas eticamente compartilhadas. Bem como o performance status do

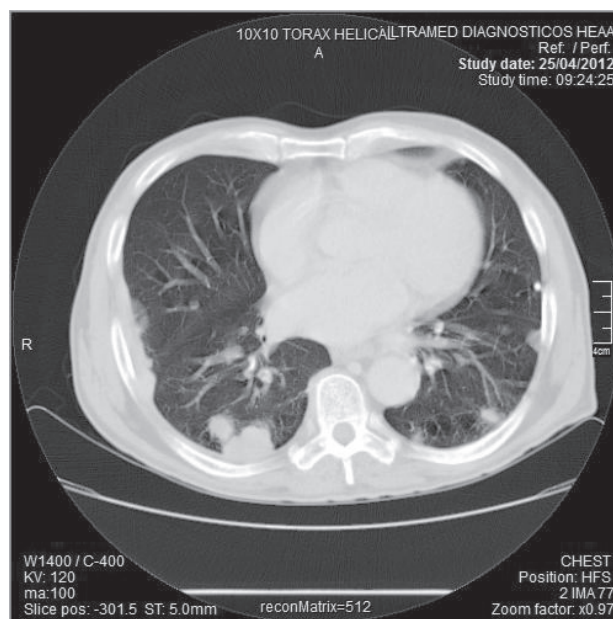


Figura 2 - Tomografia computadorizada de tórax

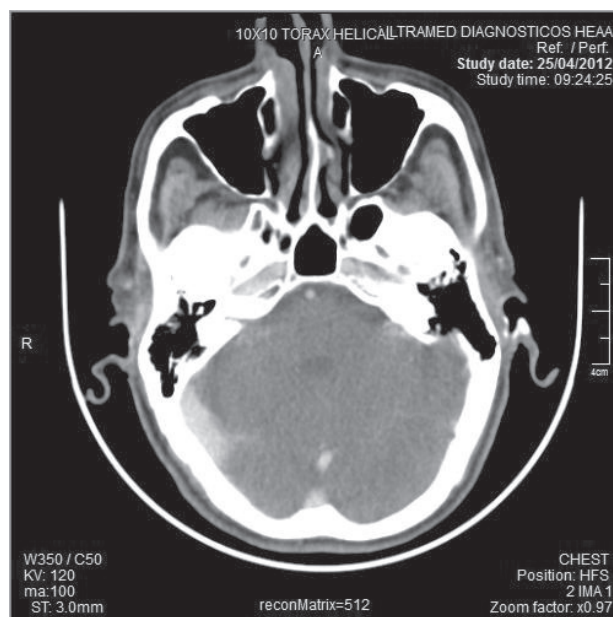


Figura 3 - Tomografia computadorizada de crânio

doente, em cada momento. Contrariando o ceticismo prevalente dentre a comunidade clínica oncológica, de um modo geral, sobre a indicação, ou não de tratamento quimioterápico especializado e expectativa de sobrevida global para o câncer de esôfago metastático, o doente manuseado dentro dos padrões expressos, neste caso clínico, apresentou sobrevida significativamente maior do que a mencionada pela literatura. Por fim, além dos avançados conhecimentos biomédicos, protocolos terapêuticos cientificamente aprovados e disponíveis, o

melhor manuseio clínico multiprofissional dos complexos doentes oncológicos requer, destacadamente: cautela e bom senso da equipe clínica multiprofissional especializada. Ainda não devendo ser desconsiderado o processo de decisões terapêuticas compartilhadas.

REFERÊNCIAS

1. Queiroga, R.C., Pernambuco, A.C. Câncer de Esôfago: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia, 2006; 52(2): 173-78.
2. Ogawa, K., Toita, T., et al. Metástases Cerebrais de Cânceres de Esôfago: história natural, fatores prognósticos e desfecho. Câncer, 2002; 94 (3) :759-64.
3. Ir, P.H., Klaassen, Z., Meadows, M.C., Chamberlain, R.S. Cânceres Gastrointestinais e metástases cerebrais: um sinal raro e ameaçador. Câncer, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Capturado em 15 de Junho]
4. Sueyama, H., Yamanoi, T., et al. As metástases cerebrais de cânceres de esôfago: aspectos clínicos e resultados do tratamento. Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi. Nippon, 2001 setembro; 61(10): 534-9.
5. Malik, M., Murray, T., Connaughton, J. Raras metástases cerebrais de câncer de esôfago. Ir Med Sci J. 2007 Sep; 176 (3): 243-4.
6. Pavão, K.H., Lesser, G.J. Abordagens terapêuticas atuais em doentes com metástases cerebrais. Curr Treat Opções Oncol; Nov 2006, 7 (6): 479-89.
7. Khuntia, D., Sajja, R., Chidel, M.A. Fatores associados à melhor sobrevida de pacientes com metástases cerebrais de câncer de esôfago: um estudo retrospectivo. Cancer Res. Technol Treat. Jun 2003; 2 (3): 267-72.
8. NCCN Guidelines, Version 2.2011. Definitive Chemotherapy for Metastatic or Locally Advanced Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf [Capturado em 15 de Junho]



FBPN

Fundação Benedito Pereira Nunes

Parceria na Saúde, na Educação e na evolução da ciência médica

fmc
FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

 HOSPITAL
ESCOLA
Álvaro Alvim