



MED-REVIEW



CÂNCER DE ESÔFAGO

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

Para dominar o câncer de esôfago nas provas de R1, você precisa focar na dicotomia entre os dois tipos histológicos principais e na fronteira entre o tratamento endoscópico e o cirúrgico. Se a prova trazer uma questão de conduta, o “pulo do gato” quase sempre está no estadiamento **T (profundidade)** e no status **N (linfonodos)**.

Aqui está o seu mapa de guerra para não perder nenhum ponto:

MAPA DE PRIORIDADES: CEC VS ADENOCARCINOMA		
CARACTERÍSTICA	CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)	ADENOCARCINOMA
Localização comum	Terço superior e médio.	Terço inferior (distal).
Principais Fatores de Risco	Tabagismo, Etilismo, Acalásia, Tilose palmar, Ingestão de cáusticos.	DRGE, Esôfago de Barrett, Obesidade.
Perfil Típico	Homem, mais idoso, histórico de etilismo/tabagismo pesado.	Homem, branco, história de pi-rose crônica e obesidade.
Padrão de Prova	Questão associa com câncer de cabeça e pescoço.	Questão foca na progressão Barrett → Adenocarcinoma.

CLASSIFICAÇÃO DE SIEWERT (TUMORES DA TRANSIÇÃO)		
CLASSIFICAÇÃO	LOCALIZAÇÃO DO CENTRO DO TUMOR	CONDUTA CIRÚRGICA PADRÃO
Siewert I	1 a 5 cm acima da linha Z.	Tratar como Esôfago: Esofagectomia + Gastrectomia proximal + Linfadenectomia.
Siewert II	1 cm acima a 2 cm abaixo da linha Z.	Tratar como Esôfago: Esofagectomia + Gastrectomia proximal + Linfadenectomia.
Siewert III	2 a 5 cm abaixo da linha Z.	Tratar como Estômago: Gastrectomia Total + D2 + Esofagectomia distal.

O DIVISOR DE ÁGUAS: CONDUTA NO T1 E T2

ESTADIAMENTO	PROFUNDIDADE DA INVASÃO	CONDUTA DE PROVA
T1a	Limitado à Mucosa	Tratamento Endoscópico (Mucosectomia ou ESD)
T1b	Invade a Submucosa	Esofagectomia Upfront (Alto risco de N+)
T2 ou superior	Invade a Muscular Própria	Neoadjuvância + Cirurgia
Qualquer T + N+	Presença de Linfonodo Positivo	Neoadjuvância + Cirurgia

RESUMO ESTRATÉGICO PARA A PROVA

★ Pulo do gato	A ausência de camada serosa no esôfago facilita a disseminação local precoce.
⚠ Atenção na prova	Se o tumor for T1a , a chance de metástase linfonodal é < 5% (permite endoscopia). Se for T1b , esse risco salta para > 20% (exige cirurgia).
✗ Erro comum	Achar que todo câncer de esôfago distal é Siewert II. Se estiver a mais de 2 cm abaixo da linha Z, a banca quer Gastrectomia Total (Siewert III).
💡 Dica prática	O protocolo de neoadjuvância mais cobrado é o CROSS (Quimioterapia + Radioterapia seguidas de cirurgia).

INTRODUÇÃO E ANATOMIA CIRÚRGICA

Anatomia aplicada à disseminação tumoral

Pensa comigo: o esôfago é, na sua essência, um tubo muscular complacente que atravessa o pescoço, o tórax e chega ao abdome. Quando o paciente chega ao seu ambulatório queixando-se de que a comida está "entalando", a luz desse órgão já está obstruída em cerca de 50% a 70%.

Isso significa que o diagnóstico clínico quase sempre ocorre em fases avançadas. Mas por que o câncer de esôfago é tão temido e se espalha tão rápido logo de cara? A resposta está na ponta do bisturi e é um dos temas favoritos dos examinadores.

O esôfago possui uma peculiaridade anatômica traiçoeira: **ele não possui camada serosa** (com exceção do minúsculo segmento abdominal).



PULO DO GATO

A ausência de serosa remove a principal barreira de contenção mecânica do órgão. Sem ela, o tumor rapidamente invade as estruturas vizinhas no mediastino por contiguidade, como a traqueia, os brônquios, a aorta e a pleura.

Além disso, a rede linfática da submucosa esofágica é riquíssima e possui um fluxo predominantemente longitudinal. Isso cria um padrão de disseminação que as bancas de cirurgia adoram cobrar.

Onde o câncer se esconde (divisões anatômicas)

Você está no pronto-socorro ou no ambulatório e pega o laudo da Endoscopia Digestiva Alta (EDA) do seu paciente. Como saber exatamente onde está a lesão e qual cirurgia planejar?

O endoscopista não usa "olhômetro"; ele mede a distância da lesão a partir da arcada dentária superior (incisivos). Para a prova de R1 (e para a vida no centro cirúrgico), o esôfago é dividido em três grandes blocos estratégicos:

1. **Esôfago Cervical:** Vai da borda inferior da cartilagem cricoide até a fúrcula esternal (cerca de 15 a 18 cm dos incisivos). Os tumores aqui são os menos frequentes, mas extremamente desafiadores. A cirurgia curativa geralmente seria muito mutilante (uma faringolaringoesofagectomia). Por isso, se a lesão estiver aqui, a banca vai te direcionar quase sempre para o tratamento definitivo com Quimioterapia + Radioterapia.
2. **Esôfago Torácico:** Começa na fúrcula esternal e vai até o hiato diafragmático (medindo cerca de 18 até 40 cm dos incisivos). É o segmento mais longo de todos. Esse é o "reino" clássico do Carcinoma Espinocelular (CEC). Quando a lesão está restrita ao tórax, a banca espera que você marque a Esofagectomia Transtorácica na alternativa correta.



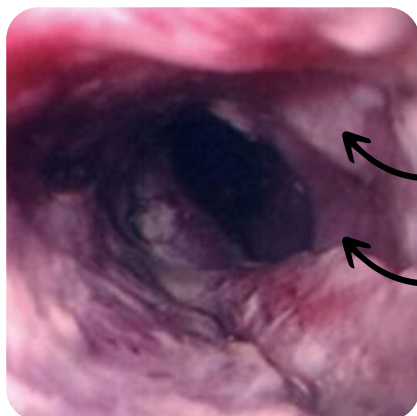
3. **Esôfago Abdominal:** É o curto trecho que cruza o diafragma até se encontrar com o estômago na transição esofagogástrica (a famosa linha Z). Atenção aqui: esse é o **único** segmento revestido por serosa visceral de verdade. Mais importante que isso para a prova, é aqui que o Adenocarcinoma costuma brilhar, frequentemente associado à progressão de um Esôfago de Barrett.



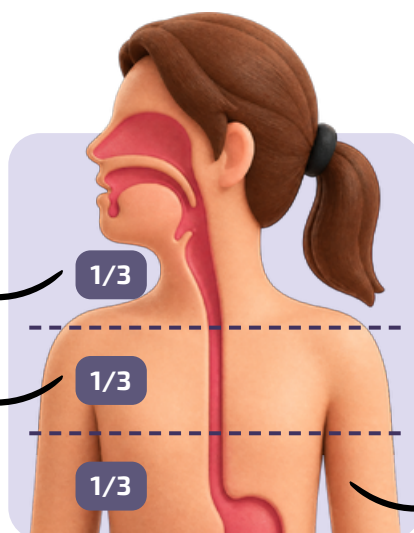
DICA PRÁTICA

Na hora da prova, faça essa correlação imediata: se o enunciado falar de um tumor encontrado a "38 cm dos incisivos", você já sabe que está no terço inferior/torácico distal. Se disser "20 cm", está no terço superior. Essa "decoreba" de distâncias salva pontos preciosos nas questões que exigem planejamento da via de acesso cirúrgico.

CARCINOMA ESPINOCELULAR



Mais comum nos terços superior e médio.



ADENOCARCINOMA



Mais comum no terço inferior.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

Para entender o câncer de esôfago, você precisa dividir sua mente em dois mundos completamente diferentes. Antigamente, quando falávamos dessa doença, pensávamos quase exclusivamente em um tipo de paciente. Hoje, o cenário mudou drasticamente, especialmente no Ocidente.

O câncer de esôfago é o oitavo câncer mais comum no mundo e a sexta causa de morte por câncer. O "pulo do gato" aqui é entender que estamos lidando com duas doenças distintas que compartilham o mesmo nome, mas têm origens, perfis de pacientes e localizações diferentes.

Pensa comigo: um é fruto da **agressão direta** à mucosa, o outro é fruto de uma **adaptação (metaplasia)** por agressão química crônica. Vamos entender quem é quem nessa história.

Carcinoma Espinocelular (CEC) – O tipo clássico

O CEC é o tipo histológico mais comum no mundo, representando cerca de 90% dos casos globalmente, com incidência altíssima na chamada “cintura do câncer de esôfago” (que vai da Ásia Central ao norte da China). No Brasil, ele ainda é o tipo predominante.

Imagine o paciente clássico das questões de prova: um homem, entre 50 e 70 anos, com histórico de baixo nível socioeconômico e décadas de exposição a agentes irritantes. Os vilões aqui são o **tabagismo e o etilismo**.



PULO DO GATO

Quando o paciente fuma **e** bebe, o risco não apenas soma, ele se multiplica. A combinação álcool + tabaco pode aumentar o risco de CEC em até 100 vezes!

Mas a prova não vai cobrar só o óbvio. Fique atento a estes outros fatores de “agressão”:

- **Bebidas muito quentes:** O consumo crônico de mate/chimarrão (típico do Sul do Brasil) causa lesão térmica repetida.
- **Ingestão de cáusticos:** Pacientes que ingeriram soda cáustica (tentativa de suicídio ou acidente) têm um risco aumentado em décadas após o evento.
- **Acalásia:** O esôfago dilatado e com estase alimentar gera inflamação crônica (esofagite de estase), predispondo ao CEC.
- **Tilose Palmar e Plantar:** Uma síndrome genética rara (hiperqueratose das palmas e plantas) que tem uma associação de quase 100% com o CEC de esôfago. Se isso aparecer na sua prova, a resposta é câncer de esôfago!



ATENÇÃO NA PROVA

O CEC prefere os **terços superior e médio** do esôfago. Se a questão citar uma lesão a 20 cm da arcada dentária em um paciente etilista, o diagnóstico histológico mais provável é o CEC.

Adenocarcinoma – O tipo ascendente (Barrett)

Enquanto o CEC está estagnado ou caindo, o Adenocarcinoma está explodindo em incidência no Ocidente. Por quê? Porque ele está diretamente ligado ao “estilo de vida ocidental”: **obesidade e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)**.

Aqui, o paciente típico é branco, obeso, que sofre com pirose (azia) há 20 anos e usa inibidores de bomba de prótons por conta própria. A história natural é uma escada evolutiva que você precisa decorar:

1. **DRGE crônica:** O ácido do estômago agride o esôfago distal.
2. **Esôfago de Barrett:** O corpo tenta se proteger e troca o epitélio escamoso (frágil ao ácido) por um epitélio colunar intestinal com células caliciformes (mais resistente). Isso é a **metaplasia intestinal**.
3. **Displasia:** As células do Barrett começam a sofrer mutações (baixo grau → alto grau).
4. **Adenocarcinoma:** O tumor se estabelece.



DICA PRÁTICA

O Adenocarcinoma ocorre quase exclusivamente no **terço inferior (distal)** do esôfago, justamente onde o refluxo ácido é mais intenso.

CARCINOMA ESPINOCELULAR

- Tabagismo
- Etilismo
- HPV 16 e 18
- Tilose
- Acalásia



ADENOCARCINOMA

- Doença do refluxo gastroesofágico
- Uso de bifosfonados



QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

A progressão da disfagia e sinais de alarme

Imagine que o Sr. José, aquele nosso paciente clássico, chega ao consultório e relata que "a comida começou a parar no meio do caminho". No início, há três meses, ele sentia dificuldade apenas com pedaços grandes de carne (sólidos). Com o tempo, precisou evitar o arroz e o feijão e, agora, até o purê de batatas parece não descer bem (pastosos).

Essa é a **disfagia progressiva**, a marca registrada do câncer de esôfago. Pensa comigo: o esôfago é um tubo muscular complacente e elástico. Para que o paciente sinta que a comida está "entalando", a luz do órgão já costuma estar reduzida em mais de 50% a 70%. Isso explica por que, quando os sintomas aparecem, a doença geralmente já está em estágio avançado.



ATENÇÃO NA PROVA

A disfagia do câncer de esôfago é **mecânica e progressiva** (sólidos → pastosos → líquidos). Diferencie da disfagia motora (acalásia), onde o paciente pode ter dificuldade para líquidos e sólidos desde o início.

Além da disfagia, fique de olho nos **sinais de alarme** que indicam que o tumor está ganhando terreno:

- **Perda ponderal significativa:** O Sr. José não consegue comer e o tumor consome suas reservas.
- **Odinofagia:** Dor ao engolir sugere que a lesão pode estar ulcerada ou invadindo tecidos profundos.
- **Rouquidão (Disfonia):** Indica invasão do nervo laríngeo recorrente. Se isso cair na prova, pense em **irressecabilidade**.
- **Hipoalbuminemia e Anemia:** Reflexos da desnutrição e do sangramento crônico da lesão.



DICA PRÁTICA

Sempre pergunte ao paciente se ele mudou o hábito alimentar. Muitas vezes ele diz que não tem dificuldade para comer, mas você descobre que ele passou a bater toda a comida no liquidificador ou que parou de comer churrasco "porque não gosta mais". Isso é disfagia mascarada!

O papel soberano da Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

Se você suspeita de câncer de esôfago, não há tempo a perder com exames indiretos. O próximo passo obrigatório é a **Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsia**.

A EDA é o "padrão-ouro" porque permite três coisas fundamentais:

1. **Visualização direta:** O endoscopista vê a lesão (geralmente infiltrativa, ulcerada ou vegetante).
2. **Localização exata:** Mede-se a distância da lesão em relação à arcada dentária superior, definindo se o tumor é cervical, torácico ou abdominal.
3. **Confirmação histológica:** Sem biópsia, não há diagnóstico de câncer.



PULO DO GATO

Para aumentar a sensibilidade da biópsia, o endoscopista deve coletar pelo menos **6 a 8 fragmentos**. Em casos de CEC precoce (lesões planas), pode-se usar a **Cromoscopia com Lugol**. O epitélio normal (rico em glicogênio) cora de castanho, enquanto as áreas neoplásicas "fogem" do corante (áreas Lugol-negativas ou amareladas).

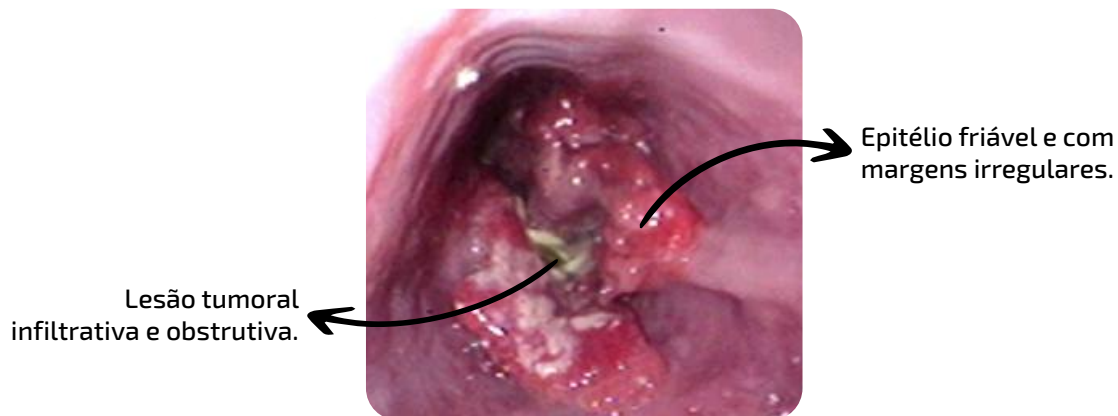


ERRO COMUM

Solicitar o Esofagograma (RX contrastado) como primeiro exame na suspeita de câncer. Embora ele ajude a ver a extensão e o desvio do eixo do esôfago (sinal do "degrau" ou "maçã mordida"), ele **não substitui** a EDA, pois não permite a biópsia. Na prova, o diagnóstico é feito pela EDA.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

COM BIÓPSIA



ESTADIAMENTO (O DIVISOR DE ÁGUAS)

O diagnóstico foi confirmado pela EDA com biópsia. O paciente tem câncer de esôfago. E agora? O que você faz? Antes de pensar em colocar o paciente na mesa de cirurgia ou enviar para a quimioterapia, você precisa responder a uma pergunta fundamental: "Até onde essa doença já foi?".

O estadiamento é o verdadeiro divisor de águas na oncologia cirúrgica. É ele que vai ditar se a conduta será endoscópica, cirúrgica, multimodal (rádio + quimio + cirurgia) ou exclusivamente paliativa.

Para construir esse raciocínio na prova (e na vida real), nós dividimos a investigação em duas etapas lógicas: primeiro procuramos doença sistêmica (metástases à distância) e, depois, avaliamos a invasão local com uma “lente de aumento”.

Exames para busca de metástases (TC e PET-CT)

Pensa comigo: não faz sentido submeter o paciente a exames invasivos e caros se ele já tiver uma metástase espalhada pelo fígado ou pelo pulmão. Se o tumor for M1, a proposta curativa cai por terra e o tratamento passa a ser paliativo. Portanto, o primeiro passo do estadiamento é a avaliação sistêmica.

O exame de imagem inicial, padrão e obrigatório para todo paciente é a **Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax, Abdome e Pelve**. Ela é excelente para flagrar metástases hepáticas, implantes pulmonares e linfonodomegalias à distância.

No entanto, a TC tem limitações. Ela pode deixar passar micrometástases ou lesões em locais atípicos. É aqui que entra a grande estrela do estadiamento oncológico moderno: o PET-CT.



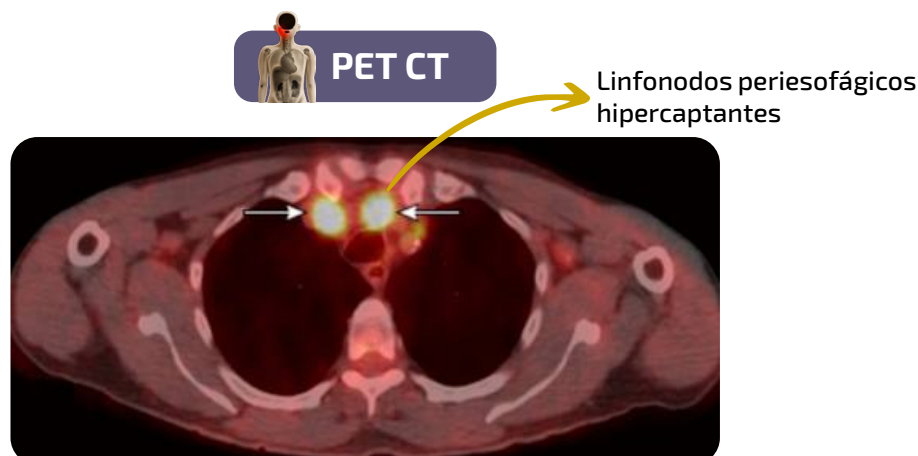
PULO DO GATO

O PET-CT consegue mudar a conduta em até 20% a 30% dos pacientes com câncer de esôfago, pois revela focos de doença à distância (metástases ocultas) que a TC não viu. Hoje, para pacientes com tumores que parecem estar localizados e que são candidatos a tratamentos agressivos com intenção curativa, o PET-CT é o exame de escolha.



DICA PRÁTICA

Sempre que a prova perguntar sobre os sítios mais comuns de metástase à distância (M1) no câncer de esôfago, procure pelas alternativas que listam: **fígado, pulmões e ossos**.



Ecoendoscopia e o refinamento do T e N

Imagine que a TC e o PET-CT vieram limpos. Ótima notícia, o Sr. José não tem metástases à distância! Agora precisamos olhar para o tumor original no esôfago.

Lembre-se da nossa revisão de anatomia: o esôfago torácico não tem camada serosa. Precisamos saber exatamente qual a profundidade da invasão na parede (T) e se os linfonodos encostados no órgão estão acometidos (N). É neste momento que entra em cena a **Ultrassonografia Endoscópica (Ecoendoscopia)**.

A Ecoendoscopia é o exame padrão-ouro, soberano e insubstituível para o estadiamento locorregional do câncer de esôfago. Com um transdutor de ultrassom acoplado na ponta do endoscópio, o endoscopista consegue visualizar perfeitamente as cinco camadas ecográficas da parede esofágica. Além de ver o tumor, a EEQ permite realizar uma Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) para confirmar se um linfonodo suspeito tem células malignas ou não.



ERRO COMUM

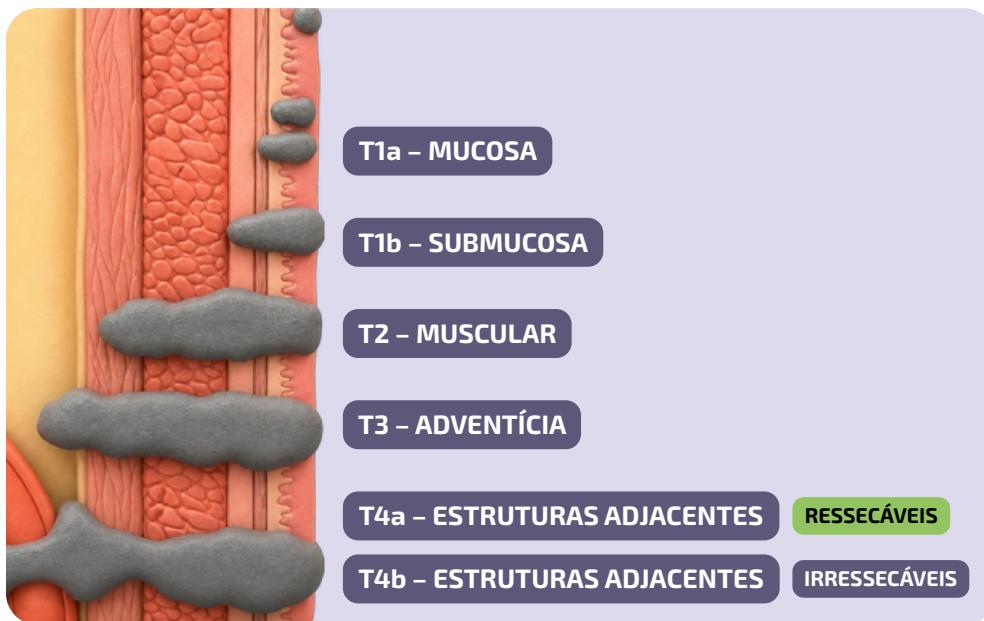
Achar que a Tomografia serve para decidir se o tumor está na mucosa ou na submucosa. A TC é péssima para o estadiamento T precoce, pois ela só consegue enxergar a lesão quando ela já está formando uma grande massa ou invadindo grosseiramente as estruturas vizinhas (T3 ou T4). Para tumores iniciais, a TC é completamente “cega”. Se a banca pedir o melhor exame para o “T” inicial/precoce, marque a Ecoendoscopia.

Resumo do sistema TNM para a prova

Você não precisa decorar o manual do AJCC inteiro para a prova de acesso direto, mas precisa dominar os “pontos de corte” estratégicos. Eles são fundamentais porque dividem o tipo de cirurgia ou conduta.

Acompanhe a progressão da profundidade da invasão, o famoso “T”:

- **T1a:** Tumor restrito à **mucosa** (epitélio, lâmina própria e muscular da mucosa). É a lesão dos sonhos. O risco de metástase linfonodal é baixíssimo (menor que 5%). A conduta costuma ser o tratamento endoscópico.
- **T1b:** Tumor atinge a **submucosa**. Aqui o jogo vira! Na submucosa mora uma rica rede linfática. O risco de metástase salta para mais de 20%. Já não dá mais para resolver por endoscopia, o paciente vai precisar de Esofagectomia.
- **T2:** Invade a camada **muscular própria**.
- **T3:** Invade a camada **adventícia** (a barreira final do esôfago torácico).
- **T4a:** Invade estruturas adjacentes **ressecáveis** (pleura, pericárdio, diafragma). A cirurgia é difícil, mas factível.
- **T4b:** Invade estruturas adjacentes **irressecáveis** (aorta, traqueia, corpos vertebrais). A cirurgia curativa está contraindicada.



ATENÇÃO NA PROVA

As bancas adoram esconder o estadiamento na clínica do paciente. Se o enunciado disser que o paciente começou a tossir toda vez que engole líquidos (fístula traqueo-esofágica) ou que está apresentando rouquidão severa (invasão do nervo laríngeo recorrente), ela está te gritando que o tumor é um **T4b**. A lesão é irresssecável e o tratamento passa a ser paliativo.

MANEJO TERAPÊUTICO

Você fez a endoscopia, confirmou o câncer e realizou o estadiamento perfeito com TC, PET-CT e Ecoendoscopia. Agora, com o “mapa da doença” nas mãos, o paciente pergunta: “Doutor, qual é o tratamento?”.

Pensa comigo: o esôfago é um tubo de passagem sem serosa. O tratamento depende exclusivamente de quão profundo o tumor penetrou na parede (o T) e se já alcançou os linfonodos (o N).

Vamos construir a escada terapêutica, começando pelos tumores menores e mais superficiais, até chegarmos às grandes cirurgias. Acompanhe a progressão lógica.

Lesões precoces (ESD)

Encontrar um câncer de esôfago na fase precoce é quase ganhar na loteria. O paciente geralmente é assintomático e o tumor foi um achado acidental durante uma endoscopia de rastreio para Esôfago de Barrett, por exemplo.

Se a Ecoendoscopia mostrar que a lesão é um **T1a**, significa que o tumor está limitado à **mucosa**. Qual a grande vantagem disso? Na mucosa esofágica, a rede linfática é escassa. O risco desse tumor ter mandado células para um linfonodo é menor que 5%.

Para que a **Dissecção Submucosa Endoscópica (ESD)** seja considerada o tratamento definitivo (e não apenas uma biópsia estendida), a lesão precisa cumprir requisitos rigorosos de "bom comportamento". Se o patologista olhar a peça retirada e encontrar qualquer sinal de agressividade, o tratamento endoscópico é considerado insuficiente e o paciente precisará de uma esofagectomia de resgate.

Os critérios clássicos de curabilidade para a ESD no câncer de esôfago precoce (especialmente no CEC) são:

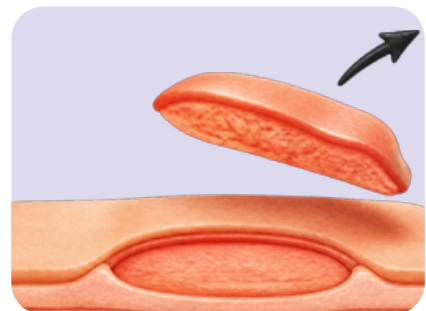
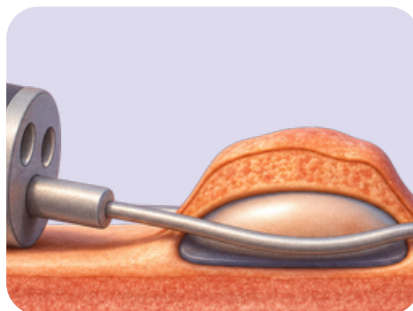
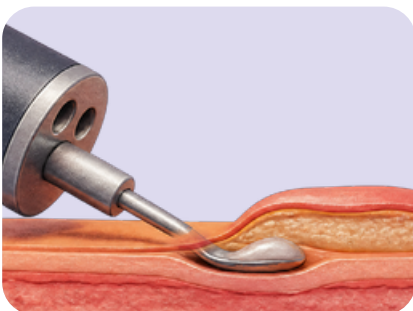
- **Profundidade (T1a):** A lesão deve estar estritamente limitada à **mucosa**. Se invadir a submucosa (T1b), o plexo linfático ali presente torna a endoscopia insegura.
- **Tamanho:** Geralmente lesões **menores que 2 cm**. Lesões maiores aumentam o risco técnico e a chance de invasão oculta.
- **Diferenciação Celular:** O tumor deve ser **bem diferenciado**. Tumores indiferenciados são imprevisíveis e metastatizam mais cedo.
- **Invasão Linfovascular:** Deve haver **ausência de invasão linfática ou vascular** no laudo histopatológico da peça.
- **Margens:** Obviamente, as margens laterais e a margem profunda devem estar **livres** de tumor.



ATENÇÃO NA PROVA

Se após a ressecção endoscópica o patologista laudar que a margem está comprometida ou que o tumor invadiu a submucosa (que o ultrassom não tinha visto), o tratamento endoscópico falhou. O paciente terá que ir para a cirurgia (Esofagectomia).

**T1a NO
(MUCOSA)** → **TRATAMENTO
ENDOSCÓPICO**
(MUCOSECTOMIA OU ESD)



Doença Localizada (Esofagectomia Upfront)

Agora o cenário mudou um milímetro, mas esse milímetro muda a vida do paciente. Imagine que a Ecoendoscopia mostrou que o tumor ultrapassou a mucosa e invadiu a camada **submucosa**. Ele agora é um **T1b**.

O que acontece na submucosa? É ali que mora o rico plexo linfático do esôfago. Quando o tumor atinge essa camada, o risco de metástase linfonodal salta de 5% para mais de 20%.

Você não pode mais tratar esse paciente apenas com endoscopia, pois corre o risco de deixar linfonodos doentes para trás. A conduta padrão passa a ser a **Esofagectomia Upfront**.



DICA PRÁTICA

O termo "*Upfront*" significa que o paciente vai "direto para a cirurgia", sem precisar de quimioterapia ou radioterapia antes (neoadjuvância). Por que não fazer neoadjuvância no T1b? Porque o tumor ainda é relativamente pequeno e confinado à parede mais interna. A cirurgia imediata é curativa e poupa o paciente da toxicidade da rádio e quimioterapia. O cirurgião retira o esôfago e os linfonodos ao redor (linfadenectomia) para garantir o controle da doença.



ERRO COMUM

Um erro crasso em prova é indicar Esofagectomia *Upfront* para tumores T3 ou T4. Guarde esta regra de ouro: esofagectomia direto, sem quimio/rádio antes, é a exceção no câncer de esôfago atual. Ela é reservada praticamente apenas para o **T1b** e, em protocolos muito específicos, para o T2N0. Para todo o resto que for operável, faremos neoadjuvância antes!

Doença Localmente Avançada (O papel da Neoadjuvância — CROSS e FLOT)

Avançamos na nossa escada. Agora, o cenário é aquele que você mais encontrará nas provas e na vida real: o paciente que não tem metástase à distância (M0), mas o tumor já é "grande". Estamos falando do grupo **T2, T3, T4a ou qualquer T com N+ (linfonodo positivo)**.

Pensa comigo: se o tumor já invadiu a camada muscular (T2) ou a adventícia (T3), o risco de existirem micrometástases sistêmicas é altíssimo. Se operarmos direto, a chance de recidiva é enorme. Por isso, aqui a regra de ouro é o **Tratamento Multimodal**: primeiro fazemos algo para "encolher" o tumor e limpar as micrometástases (neoadjuvância) e, depois, operamos.

Atualmente, dois protocolos dominam as questões de residência, e você precisa saber exatamente quando usar cada um:

1. **Protocolo CROSS (Quimiorradioterapia Neoadjuvante)** É o “queridinho” das bancas. Consiste em Carboplatina + Paclitaxel associados à Radioterapia, seguidos de cirurgia após 6 a 8 semanas.
 - **Para quem?** Serve tanto para o **CEC** quanto para o **Adenocarcinoma**.
 - **Vantagem:** Aumenta muito a taxa de ressecção R0 (margens livres) e a sobrevida global. No CEC, a resposta completa (o tumor sumir na hora da cirurgia) chega a quase 50%!
2. **Protocolo FLOT (Quimioterapia Perioperatória)** O FLOT é um esquema de quimioterapia potente (5-FU, Leucovorin, Oxaliplatina e Docetaxel). Ele é chamado de “perioperatório” porque o paciente faz metade das sessões antes da cirurgia e a outra metade depois.
 - **Para quem?** Exclusivamente para o **Adenocarcinoma** (especialmente tumores da transição Siewert II e III).
 - **Atenção:** No FLOT **não se usa radioterapia**, apenas quimioterapia.



PULO DO GATO

E se a prova trazer que foi feita a neoadjuvância e no reestadiamento todas as lesões desapareceram? Não precisa operar, certo? ERRADO! Não há, até a atualidade, um protocolo de “*watch and wait*” para o esôfago, ou seja, se o paciente respondeu a neoadjuvância ele vai partir para cirurgia após, mesmo se sem evidência de lesão residual.

Tratamento Paliativo (Qualidade de vida e desobstrução)

Infelizmente, a realidade de muitos pacientes com câncer de esôfago é o diagnóstico em estágio **T4b** (invasão de estruturas irressecáveis como a aorta ou corpos vertebrais) ou **M1** (presença de metástases à distância). Nesses casos, o foco do cirurgião e da equipe oncológica muda completamente: deixamos de buscar a cura a qualquer custo e passamos a priorizar o **conforto, a nutrição e a dignidade**.

1. Stents esofágicos

Pensa comigo: qual é o maior sofrimento de um paciente com um tumor de esôfago avançado? É a **fome** e a **impossibilidade de engolir a própria saliva** (sialorreia). O paciente sente que está “afogando” na própria secreção. Por isso, o tratamento paliativo foca na desobstrução do caminho.

A ferramenta “mágica” para isso é a colocação de **Stents (próteses metálicas auto-expansíveis)** por via endoscópica. É um procedimento rápido, com efeito imediato: o stent abre a luz do esôfago e permite que o paciente volte a ingerir pelo menos dieta pastosa e líquidos em 24 a 48 horas.

2. Gastrostomia ou Jejunostomia (GTT/JJT):

Se não for possível desobstruir o esôfago, precisamos de uma via alternativa para alimentar o paciente. A JJT é preferível se o plano for usar o estômago para uma futura reconstrução (embora no paliativo isso seja raro).

3. O papel da Quimioterapia e Radioterapia Paliativas

A Quimioterapia (QT) paliativa é utilizada para tentar controlar o crescimento sistêmico da doença e aumentar a sobrevida, enquanto a Radioterapia (RT) paliativa tem um papel excelente no controle da dor local e na redução da massa tumoral para melhorar a disfagia a longo prazo. No entanto, existe uma "linha vermelha" que você não pode cruzar.



ATENÇÃO NA PROVA

Se o paciente apresentar uma **fístula esofagotraqueal (ou esofagobrônquica) ou esofagopleural**, a **Radioterapia está terminantemente contraindicada**. Pensa na lógica: a radioterapia destrói as células tumorais (necrose tumoral). Se o tumor é justamente o que está "preenchendo" a fístula ou se ele é a ponte entre o esôfago e a via aérea, a RT vai fazer com que esse tecido morra, aumentando o "buraco" da fístula. Isso leva a uma pneumonia aspirativa fulminante ou empiema pleural, acelerando o óbito do paciente.



ERRO COMUM

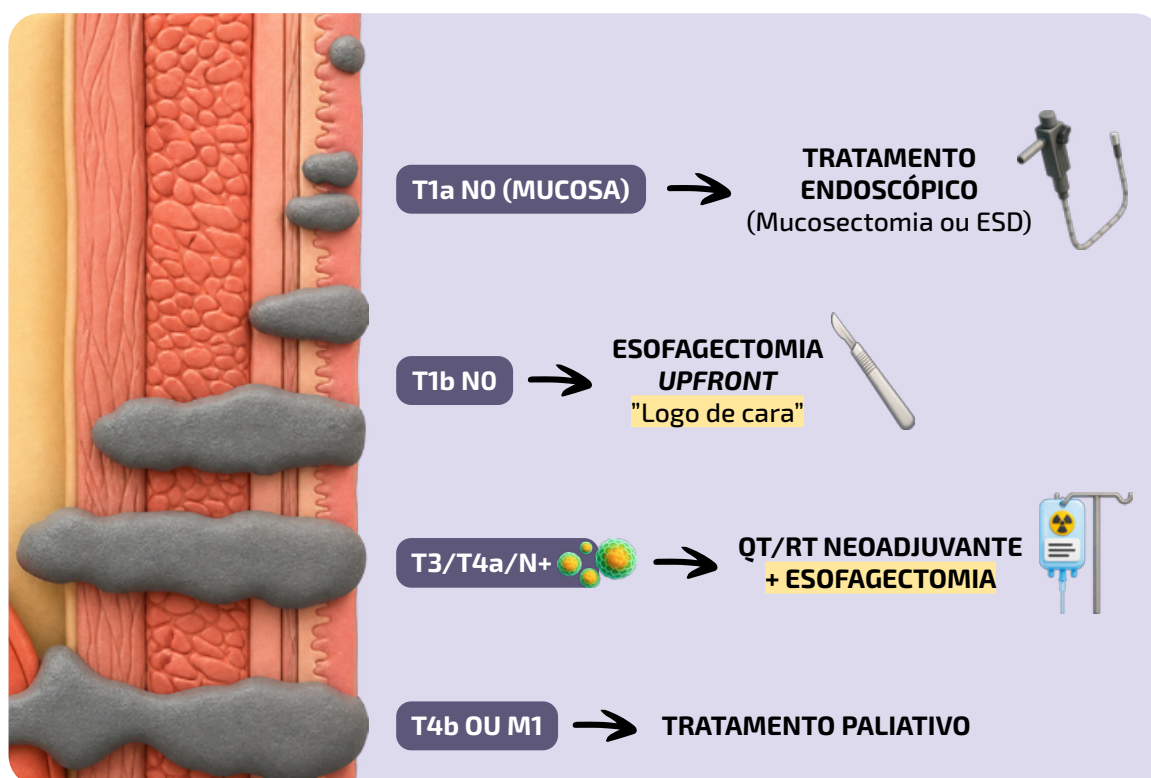
Achar que a fístula é contraindicação para o Stent. Pelo contrário! Em casos de fístula traqueoesofágica, o **Stent recoberto** é a melhor conduta paliativa, pois ele "sela" o buraco, impedindo que a comida vá para o pulmão e permitindo que o paciente volte a comer.



PULO DO GATO

Para a prova de R1, grave esse binômio:

1. **Tem fístula?** Esqueça a Radioterapia. A conduta é Prótese (Stent) ou gastrostomia/jejunostomia para alimentação.
2. **Não tem fístula e tem dor/obstrução?** Pode-se considerar a Quimiorradioterapia paliativa para controle local.



TÉCNICAS CIRÚRGICAS E COMPLICAÇÕES

Abordagens principais (Transtorácica vs Trans-hiatal)

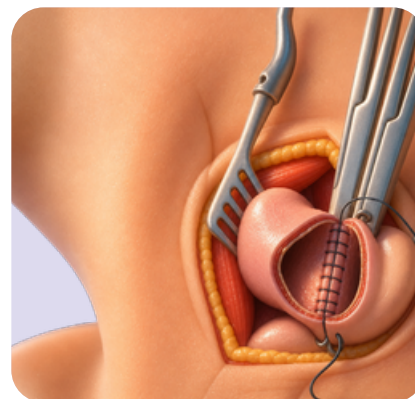
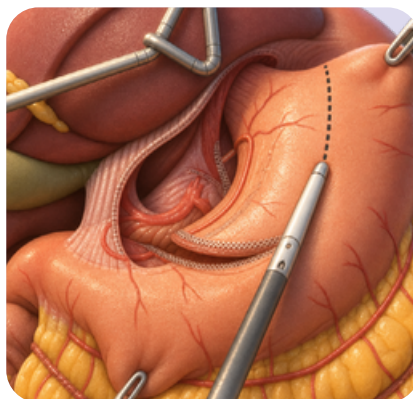
Chegamos ao momento crítico: o centro cirúrgico. O paciente já fez a neoadjuvância (protocolo CROSS), o tumor encolheu e agora você precisa decidir como vai retirar esse esôfago. A esofagectomia é considerada uma das cirurgias mais complexas do aparelho digestivo, pois envolve atravessar três cavidades (abdome, tórax e pescoço) e criar uma comunicação (anastomose) entre o estômago e o resto do esôfago.

Pensa comigo: se o esôfago está no meio do tórax, o ideal seria abrir o tórax para enxergar tudo, certo? Mas e se o paciente for idoso, tabagista e tiver um pulmão ruim? Será que ele aguenta uma toracotomia? É aqui que nasce o grande dilema das provas: **Transtorácica vs. Trans-hiatal**.

1. **Esofagectomia Transtorácica (A técnica "completa"):** Aqui o cirurgião abre o tórax (Ivor-Lewis ou McKeown).
 - **Vantagem:** Visão direta. Você enxerga o tumor e, mais importante, consegue fazer uma **linfadenectomia mediastinal e abdominal completas**. Oncologicamente, é a técnica superior para tumores de terço médio.
 - **Desvantagem:** É muito agressiva. O paciente tem muito mais complicações respiratórias (pneumonia, dor) por causa da abertura da cavidade torácica.

ESOFAGECTOMIA EM 3 CAMPOS (MCKEOWN)

TÓRAX (DIREITA) + ABDOME + ANASTOMOSE CERVICAL (ESQUERDA)



2. **Esofagectomia Trans-hiatal (A técnica “cega”)**: Nesta técnica, o cirurgião abre o abdome e o pescoço. Ele coloca a mão pelo hiato diafragmático e “descola” o esôfago do mediastino sem abrir o tórax.

- **Vantagem**: Menor morbidade respiratória. É excelente para pacientes com reserva pulmonar limítrofe.
- **Desvantagem**: A dissecação no tórax é feita às cegas. O risco de sangramento de vasos mediastinais é maior e a linfadenectomia torácica é limitada.



PULO DO GATO

Nas provas, se o tumor for de **terço médio** ou o paciente tiver excelente condição clínica, a preferência é pela **Transtorácica** (McKeown ou Ivor-Lewis) devido à melhor margem oncológica. Se o tumor for de **terço distal** ou o paciente for **frágil/DPOC**, a **Trans-hiatal** ganha pontos pela menor agressividade pulmonar.

Complicações que você deve reconhecer na prova

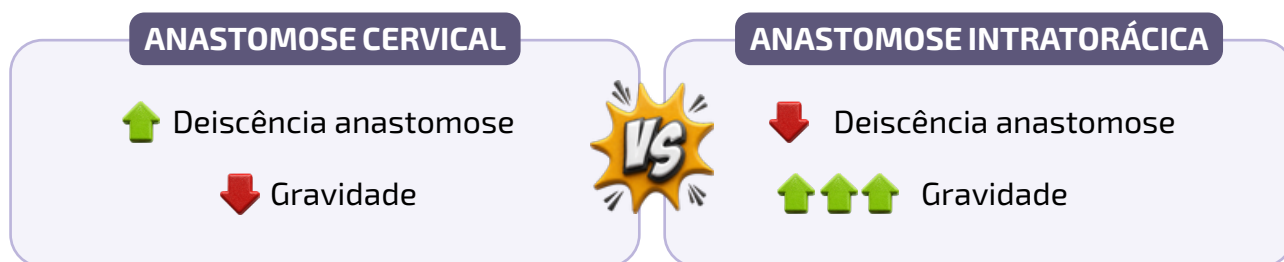
A cirurgia acabou, o paciente subiu para a UTI e agora começa o seu plantão. No câncer de esôfago, as complicações não são apenas “detalhes”, elas caem em prova como casos clínicos de diagnóstico imediato. Existem três que você **precisa** dominar:

1. **Fístula de Anastomose (O maior medo)**: A costura entre o estômago (estômago tubularizado) e o esôfago pode abrir.
 - **Cervical**: Se a costura for no pescoço, o paciente apresenta abaulamento, vermelhidão e saída de secreção salivar/purulenta pela ferida operatória. É menos grave: geralmente basta abrir os pontos, drenar e tratar com curativos.
 - **Intratorácica**: Se a costura for dentro do tórax, é uma catástrofe. O conteúdo gástrico cai no mediastino, causando **mediastinite**, sepse grave e alta mortalidade.



ATENÇÃO NA PROVA

Se o paciente no 3º ou 5º dia de pós-operatório subitamente apresentar taquicardia, febre e dor torácica, suspeite imediatamente de **fístula intratorácica**. O exame de escolha inicial é a esofagografia com contraste hidrossolúvel ou TC com contraste oral.



2. **Quilotórax (Lesão do Ducto Torácico):** Durante a dissecação no tórax, o cirurgião pode inadvertidamente lesar o ducto torácico. O resultado? O dreno de tórax começa a sair um líquido leitoso, rico em gordura (quilo).

- **Diagnóstico:** Dosagem de triglicerídeos no líquido do dreno (valores > 110 mg/dL confirmam). A presença de quilomícrons é patognomônica.
- **Conduta:** Inicialmente dieta zero + Nutrição Parenteral Total ou dieta com **triglicerídeos de cadeia média (TCM)**. Se não fechar em alguns dias ou o débito for muito alto (> 1L/dia), tem que reoperar para ligar o ducto torácico.

3. **Lesão do Nervo Laríngeo Recorrente:** Mais comum em esofagectomias que envolvem dissecação cervical (McKeown ou Trans-hiatal). O paciente acorda **rouco (disfonia)** e com risco aumentado de aspiração.

ADENOCARCINOMA DA TRANSIÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA (ESPECIAL SIEWERT)

A classificação de Siewert (I, II e III)

Imagine que você está diante de um laudo de endoscopia que descreve uma lesão exatamente na "fronteira" entre o esôfago e o estômago. O patologista confirma: é um Adenocarcinoma. Agora, surge o grande dilema clínico: esse tumor se comporta como um câncer de esôfago ou como um câncer de estômago?

Essa distinção é vital porque define se o paciente passará por uma Esofagectomia ou uma Gastrectomia. Para resolver esse impasse, utilizamos a **Classificação de Siewert**, que divide os tumores da transição esofagogástrica (TEG) em três tipos, baseando-se na localização do centro do tumor (epicentro) em relação à linha Z (cárdia anatômica).

Pensa comigo: a linha Z é o nosso "marco zero". A classificação de Siewert olha para cima e para baixo desse ponto:

- **Siewert Tipo I (Adenocarcinoma do esôfago distal):** O centro do tumor está localizado entre **1 e 5 cm acima** da linha Z. Geralmente, é um tumor que surgiu de um Esôfago de Barrett e está "descendo" para a cárdia.
- **Siewert Tipo II (Adenocarcinoma da cárdia real):** O centro do tumor está entre **1 cm acima e 2 cm abaixo** da linha Z. É o tumor da cárdia propriamente dito.
- **Siewert Tipo III (Adenocarcinoma subcardial):** O centro do tumor está entre **2 e 5 cm abaixo** da linha Z. É um tumor gástrico que está "subindo" e invadindo a transição de baixo para cima.



ATENÇÃO NA PROVA

A banca pode tentar te confundir com as medidas. Grave o "2" como o número mágico do estômago: se o centro do tumor está a mais de **2 cm abaixo** da linha Z, ele já é considerado Siewert III (estômago).

Quando tratar como esôfago e quando tratar como estômago

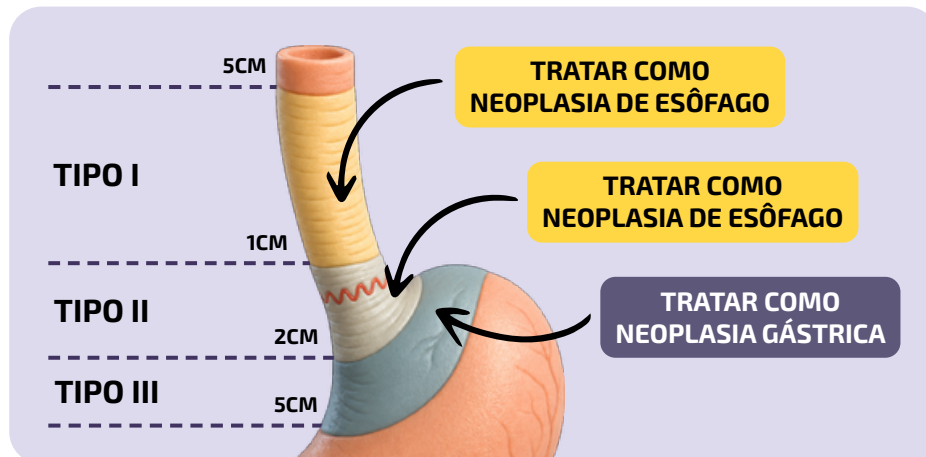
A classificação de Siewert não serve apenas para dar nome ao tumor; ela dita a extensão da ressecção e a via de acesso cirúrgico. A lógica aqui é baseada no padrão de drenagem linfática: os tipos I e II tendem a disseminar para os linfonodos do mediastino, enquanto o tipo III dissemina para os linfonodos abdominais (cadeia gástrica e celíaca).

Por isso, dividimos o manejo em dois grandes grupos:

1. **Siewert I e II – O protocolo do Esôfago:** Estes tumores são tratados cirurgicamente como câncer de esôfago.
 - **A cirurgia: Esofagectomia subtotal + Gastrectomia parcial proximal.**
 - **A reconstrução:** Como retiramos a parte superior do estômago, utilizamos o restante do corpo gástrico para confeccionar um **tubo gástrico** (isoperistáltico), que é tracionado até o tórax ou pescoço para realizar a anastomose.
 - **Linfadenectomia:** Deve incluir obrigatoriamente os linfonodos do mediastino inferior e os linfonodos celíacos.
2. **Siewert III – O protocolo do Estômago:** Este é tratado como um câncer gástrico clássico que apenas "encostou" na transição.
 - **A cirurgia: Gastrectomia Total.**
 - **Linfadenectomia:** Segue o padrão de câncer gástrico, sendo necessária a **Linfadenectomia D2**.
 - **A reconstrução:** Geralmente feita com uma esofagojejunostomia em Y de Roux.

ADENOCARCINOMA DE TEG

CLASSIFICAÇÃO DE SIEWERT



PULO DO GATO

Muitas vezes, na prática e em provas mais complexas, o **Siewert II** é considerado a "zona cinzenta". No entanto, a tendência moderna é agrupá-lo com o Tipo I devido ao seu padrão de disseminação linfonodal, realizando a esofagectomia para garantir margens livres no esôfago torácico.

VIA ALIMENTAR E SUPORTE NUTRICIONAL

Por que a nutrição decide o desfecho?

Pensa comigo: o paciente com câncer de esôfago já chega ao seu consultório em desvantagem. Ele tem uma barreira física que o impede de comer (disfagia) e uma doença sistêmica que consome suas reservas (caquexia neoplásica). Se ele vai enfrentar uma neoadjuvância pesada (Protocolo CROSS) ou uma cirurgia de grande porte, ele precisa de "combustível".

A desnutrição não é apenas um detalhe; ela aumenta a taxa de infecção, atrasa a cicatrização da anastomose (fístulas!) e aumenta a mortalidade perioperatória. Portanto, garantir uma via alimentar segura é parte fundamental do tratamento oncológico. O desafio é: qual via escolher sem atrapalhar o plano do cirurgião?

Sonda Nasoenteral (SNE) – O paliativo e o temporário

A Sonda Nasoenteral (SNE) é a nossa primeira linha de ataque. É rápida, barata e não exige centro cirúrgico. Ela é ideal para aquele paciente que está em tratamento neoadjuvante e começou a ter dificuldade para ingerir líquidos, mas que em dois meses será operado.

No entanto, a SNE tem problemas a longo prazo: causa desconforto sinusal, pode sofrer deslocamento frequente e causa irritação na mucosa esofágica já agredida pelo tumor e pela radioterapia.



DICA PRÁTICA

Se o paciente tem uma obstrução quase total e a sonda não passa, não force! O risco de perfuração esofágica é real. Nesses casos, precisamos saltar para as vias de acesso definitivo (ostomias).

Gastrostomia (GTT) – A preferida (com cautela táctica)

Aqui entra a grande mudança de paradigma. Antigamente, dizia-se "nunca toque no estômago se for fazer esofagectomia". Hoje, sabemos que a **Gastrostomia (GTT)** é frequentemente preferida à jejunostomia por ser mais fisiológica e espolar menos o paciente. O segredo não é se você coloca a GTT, mas onde você a coloca.



PULO DO GATO

Para a confecção do **tubo gástrico** (o conduto que vai substituir o esôfago), o cirurgião depende quase inteiramente da integridade e da vascularização da **grande curvatura** do estômago. É ela que fornece a extensão necessária para chegar até o pescoço. Portanto, a GTT é permitida e bem-vinda, desde que seja posicionada na **pequena curvatura** ou na parede anterior, bem longe da grande curvatura. Se você colocar a sonda na grande curvatura, você prejudica o estômago para a reconstrução.

Jejunostomia (JJT) – A alternativa de exceção

A Jejunostomia fica reservada para casos onde o estômago não pode ser utilizado (ex: tumor de Siewert III que exige gastrectomia total) ou quando há uma falha técnica que impossibilite a GTT. Embora seja uma via segura, ela é menos fisiológica e pode estar associada a complicações próprias, como fístulas jejunais ou obstrução intestinal.



ERRO COMUM

Achar que a GTT é proibida em quem vai operar esôfago. A proibição é apenas sobre o **local** da inserção. Se a banca perguntar sobre o preparo para esofagectomia, a preservação da grande curvatura é o ponto mais importante.

REVISÃO FINAL

Chegamos ao fim da nossa jornada pelo esôfago. Para consolidar o que aprendemos, tente visualizar o fluxo do paciente no seu plantão ou na prova: tudo começa com a **disfagia progressiva** e a perda de peso. A partir daí, o seu raciocínio deve ser automático: **EDA com biópsia** para confirmar e **Ecoendoscopia** para definir a profundidade da invasão.

Pensa comigo: a grande "pegadinha" das bancas está em te confundir entre o tratamento endoscópico e o cirúrgico. Lembre-se sempre da barreira da **submucosa**. Se o tumor tocou nela (T1b), a endoscopia perdeu a vez e o cirurgião assume o caso.

No campo da cirurgia, o **estômago** é o seu bem mais precioso. Ele será o substituto do esôfago, então proteja a sua **grande curvatura** como se fosse a sua própria. Se a doença for avançada, não tente ser herói com o bisturi de imediato: a **neoadjuvância (CROSS)** é o que realmente muda o prognóstico e permite uma cirurgia com margens livres.

Por fim, diante de um paciente paliativo com fístula, o seu lema deve ser a cautela. A radioterapia, que parece uma aliada, torna-se uma vilã que abre ainda mais o caminho para a via aérea. Nesses casos, o **stent recoberto** é o que traz o alívio imediato e a dignidade de voltar a se alimentar.

Resumo em 1 minuto

- **Ausência de Serosa:** É a chave anatômica para a disseminação local precoce (mediastinite tumoral).
- **Disfonia/Rouquidão:** Sinal de invasão do nervo laríngeo recorrente = Irressecabilidade (T4b).
- **T1a vs T1b:** T1a (mucosa) trata com **ESD**; T1b (submucosa) trata com **Esofagectomia Upfront**.
- **Protocolo CROSS:** Quimiorradioterapia para tumores T2, T3 ou N+.
- **Siewert:** I (+1 a +5 cm) e II (+1 a -2 cm) tratam como **Esôfago**; III (-2 a -5 cm) trata como **Estômago** (Gastrectomia Total + D2).
- **Fístula Traqueoesofágica:** Contra-indicação absoluta para Radioterapia; tratar com **Stent recoberto**.
- **Gastrostomia (GTT):** Permitida no pré-operatório, desde que **longe da grande curvatura** (preservação do futuro tubo gástrico).
- **Quilotórax:** Líquido leitoso no dreno (triglicerídeos > 110 mg/dL); tratar com **TCM** ou ligadura do ducto torácico.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

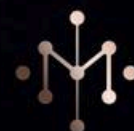
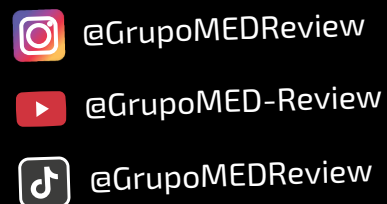
No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



MED-REVIEW

