

Cancro do esófago

O que é o
cancro do esófago?

Deixe-nos explicar
isso a você.

www.anticancerfund.org

www.esmo.org

CANCRO DO ESÓFAGO: UM GUIA PARA O DOENTE

INFORMAÇÕES PARA O DOENTE BASEADAS NAS RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICA CLÍNICA DA ESMO

Este guia para o doente foi preparado pelo Anticancer Fund como um serviço para os doentes, para ajudá-los, e aos seus familiares, a compreender melhor a natureza do cancro do esófago, bem como avaliar as melhores opções de tratamento disponíveis, de acordo com o subtipo de cancro do esófago. Recomendamos aos doentes que perguntem aos seus médicos quais os testes ou tipos de tratamento necessários para o tipo e estadió da sua doença. A informação médica descrita neste documento é baseada nas recomendações de prática clínica da ESMO (European Society for Medical Oncology) para a gestão do cancro do esófago. Este guia para doentes foi produzido em colaboração com a ESMO e divulgado com autorização da mesma. Foi redigido por um médico e revisto por dois oncologistas da ESMO, incluindo o autor principal das recomendações de prática clínica para profissionais. Foi também revisto por representantes de doentes do Grupo de Trabalho de Doentes com Cancro da ESMO.

Para mais informações sobre o Anticancer Fund: www.anticancerfund.org

Para mais informações sobre a European Society for Medical Oncology: www.esmo.org

Para as palavras assinaladas com um asterisco é facultada uma definição na parte final do documento.

Índice

Definição de cancro do esófago	3
O cancro do esófago é frequente?	4
Quais as causas do cancro do esófago?	5
Como se diagnostica o cancro do esófago?.....	7
O que é importante saber para obter um tratamento otimizado?	9
Quais são as opções de tratamento?	13
Quais são os efeitos secundários possíveis do tratamento?	21
O que acontece após o tratamento?	23
Definições de palavras difíceis.....	25

Este texto foi redigido pela Dra. Annemie Michiels (Anticancer Fund) e revisto pelo Dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund), pela Dra. Svetlana Jezdic , o Prof. Dr. Michael Stahl (ESMO) e o Sr. David Kirby (Associação de Doentes com Cancro do Esófago do Reino Unido, em nome do Grupo de Trabalho de Doentes com Cancro da ESMO).

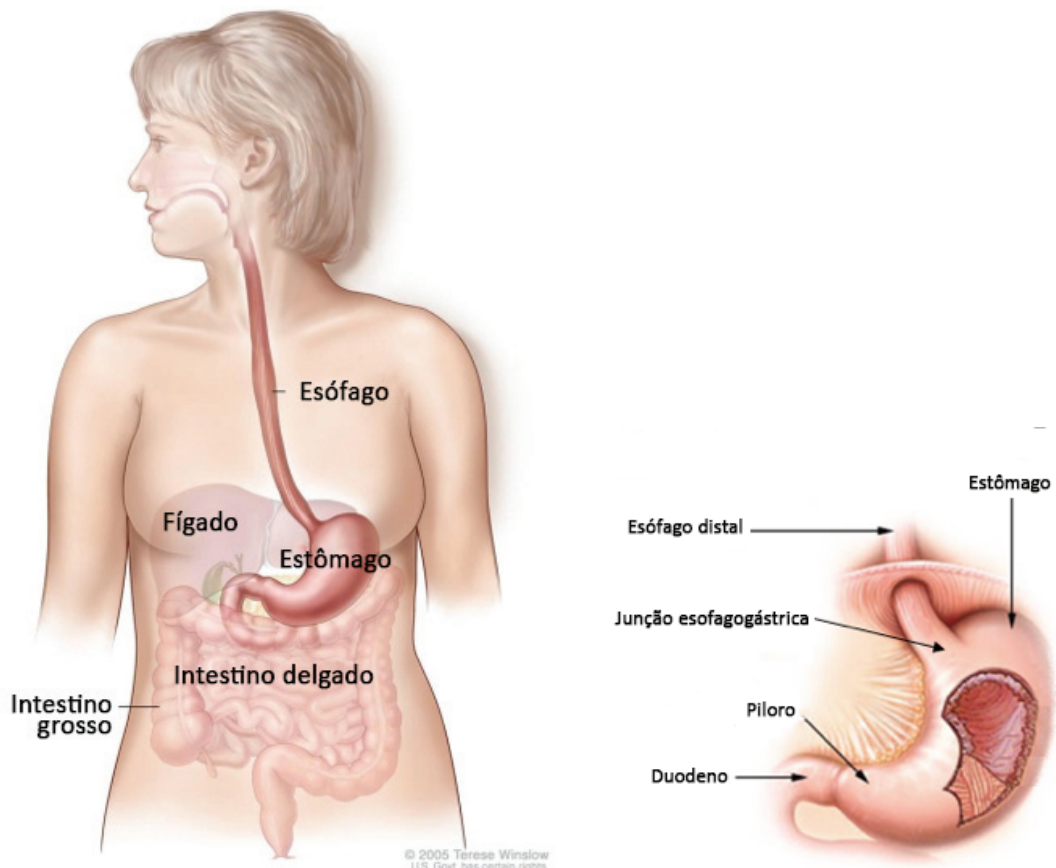
Este texto foi traduzido para português por um tradutor profissional e validado pelo Prof. José Crespo Medes de Almeida.

DEFINIÇÃO DE CANCRO DO ESÓFAGO

Esta definição foi adaptada do Instituto Nacional do Cancro (NCI) dos Estados Unidos da América e utilizada com autorização do mesmo.

O cancro do esófago é um tumor que se forma no tecido que reveste o esófago. O esófago é o tubo muscular através do qual passa a comida da garganta para o estômago.

Os dois principais tipos de cancro do esófago são o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma. O carcinoma de células escamosas é um cancro que começa nas células achatadas que revestem o esófago. O adenocarcinoma é um cancro que começa nas células que produzem e libertam muco* e outros fluidos. Ambos os tipos ocorrem mais ou menos com a mesma frequência.



Anatomia do sistema digestivo (à esquerda) e anatomia do esófago inferior, junção esofagogástrica e estômago (à direita)

Nota importante relativamente a outro tipo de cancro do esófago

Os carcinomas de pequenas células constituem um tipo muito raro de cancro do esófago. A informação facultada neste Guia para Doentes não se aplica aos carcinomas de pequenas células.

O CANCRO DO ESÓFAGO É FREQUENTE?

Na Europa, cerca de 5 a 10 em cada 1000 homens e 1 em cada 1000 mulheres irão desenvolver cancro do esófago em algum momento da sua vida.

Em 2008, cerca de 35.000 homens e 10.000 mulheres desenvolveram cancro do esófago na Europa. Existem diferenças consideráveis entre os países europeus. O cancro do esófago é mais frequente em França e no Reino Unido, sendo menos frequente na Grécia.

Os carcinomas de células escamosas são mais prevalentes na Ásia, enquanto os adenocarcinomas são mais prevalentes e estão a aumentar rapidamente nos países ocidentais. A maioria dos cancros do esófago ocorrem em pessoas com idade superior a 65 anos.

As discrepâncias na distribuição geográfica dos 2 tipos principais, os carcinomas de células escamosas e os adenocarcinomas devem-se às diferenças nos fatores envolvidos no seu desenvolvimento. Os carcinomas de células escamosas estão principalmente associados ao consumo de álcool e de tabaco, enquanto que os adenocarcinomas estão principalmente associados ao refluxo gastroesofágico* que está mais associado à obesidade. Isto também explica o rápido aumento dos adenocarcinomas nos países ocidentais.

QUAIS AS CAUSAS DO CANCRO DO ESÓFAGO?

Até à data, ainda não se sabe ao certo por que ocorre o cancro do esófago. Foram, porém, identificados alguns fatores de risco*. O fator de risco aumenta o risco de ocorrência do cancro, mas não é necessário, nem suficiente para causar o cancro. O fator de risco não é, por si próprio, uma causa.

Algumas pessoas com estes fatores de risco nunca desenvolverão cancro do esófago, enquanto que outras, sem apresentar nenhum destes fatores de risco, irão mesmo assim desenvolver cancro do esófago.

Os principais fatores de risco do carcinoma de células escamosas do esófago são:

- **Consumo de tabaco:** Fumar, bem como mascar tabaco aumenta o risco de carcinoma de células escamosas. O risco aumenta quando a pessoa fuma por um período mais longo, ou fuma vários cigarros por dia.
- **Consumo de álcool:** A probabilidade de desenvolver um carcinoma de células escamosas está associada à quantidade de álcool consumido. A combinação do consumo de álcool e tabaco aumenta muito mais o risco do que cada um destes dois fatores em separado.
- **Baixo consumo de frutas e vegetais frescos:** Foi observado um maior risco de carcinoma de células escamosas em pessoas que consomem uma quantidade insuficiente de frutas e vegetais.
- **Consumo de mate:** Mate é a infusão de uma planta designada por erva-mate e que é vulgarmente consumida na América do Sul. O consumo excessivo (1 litro ou mais por dia) de mate aumenta o risco de desenvolver carcinoma de células escamosas.
- **Mascar betel quid:** O betel quid é uma mistura de plantas que é mascarada em muitas culturas no Sudeste Asiático. As folhas da planta bétel têm um efeito ligeiramente estimulante, mas também aumentam o risco de cancro do esófago.
- **Alguns problemas de saúde:**
 - o A acalásia aumenta o risco de desenvolver carcinoma de células escamosas. A acalásia é uma doença na qual o músculo que fecha o esófago inferior não consegue relaxar devidamente. Dado que a comida e bebida engolida tende a acumular-se no esófago, a parte inferior do mesmo dilata.
 - o Outras doenças raras, como a tilose* e a síndrome de Plummer-Vinson* também aumentam o risco de carcinoma de células escamosas do esófago.



Os principais fatores de risco* do adenocarcinoma esofágico são:

- **Esófago de Barrett:** Esófago de Barrett é o nome da situação em que as células normais que revestem a sua parte interior são substituídas por células semelhantes àquelas que normalmente são encontradas nos intestinos. Esta transformação de um tipo de células normalmente encontrado em certo órgão noutro tipo de células é designada por metaplasia. Este fenómeno é, na verdade, uma adaptação do esófago inferior perante a exposição ao refluxo ácido* do estômago após um longo período de tempo (anos). As células metaplásicas têm maior probabilidade do que as células normais de se tornarem displásicas e, eventualmente, em células cancerosas. Displasia é a organização desordenada das células, uma condição que pode evoluir para cancro.

Os fatores de risco para o esófago de Barrett são:

- o Doença do refluxo gastroesofágico: designada por vezes de doença do refluxo ácido, é uma condição na qual o ácido gástrico reflui regularmente para o esófago. Este processo danifica o esófago. O sintoma mais comum é a pirose. Como resultado, o revestimento interno pode apresentar metaplasia após um longo período de refluxo ácido.
- o A obesidade aumenta o risco do esófago de Barrett e do adenocarcinoma esofágico, através de vários mecanismos. Isto é, em parte, explicado pelo maior risco de doença do refluxo gastroesofágico, mas também existe uma ligação de causalidade direta. O refluxo ácido é mais frequente e mais grave em pessoas obesas, sobretudo quando a gordura se acumula preferencialmente no abdómen, ao invés de nas coxas e ancas.

Mesmo que a maioria das pessoas com esófago de Barrett nunca venha a desenvolver cancro do esófago, deveria ir a consultas médicas e submeter-se regularmente a exames médicos. Um gastroenterologista deveria efetuar regularmente uma endoscopia e fazer biópsias* para detetar uma evolução para displasia, ou para cancro do esófago, tão cedo quanto possível.

- De igual forma, tanto **o consumo de tabaco, como de álcool** podem aumentar o risco de adenocarcinoma, embora o efeito seja menor do que no carcinoma de células escamosas.

Suspeitou-se que outros fatores estivessem associados a um maior risco de cancro do esófago, como o consumo elevado de carne vermelha ou comida processada, o consumo de bebidas muito quentes, ou a exposição a certos produtos químicos. Outros parecem ter um efeito protetor, tal como a infeção por *Helicobacter pylori** no estômago e a utilização, a longo prazo, de medicamentos do grupo de anti-inflamatórios não esteroides (NSAID*). Porém, as provas são inconsistentes, exigindo mais investigação.

COMO SE DIAGNOSTICA O CANCRO DO ESÓFAGO?

Pode suspeitar-se de cancro do esófago em várias situações.

No caso de pessoas com esófago de Barrett devem ser feitos exames regulares para detetar qualquer evolução para adenocarcinoma, tão cedo quanto possível.

Noutros casos, alguns sintomas poderão indicar a possível presença de um cancro do esófago.

- Dificuldade em engolir (disfagia), soluços ou o refluxo de comida para o esófago.
- Perda de peso inexplicável
- Dor ou desconforto na garganta ou nas costas
- Rouquidão
- Tosse persistente
- Vomitar, ou tossir sangue

Todos estes sintomas podem ser causados por outras condições e o médico irá reunir informações para ver qual é a explicação mais provável dos sintomas. Quando vários sintomas ocorrem em simultâneo, sobretudo se forem persistentes, deve sempre investigar-se mais profundamente.

O diagnóstico de cancro do esófago baseia-se nos exames seguintes

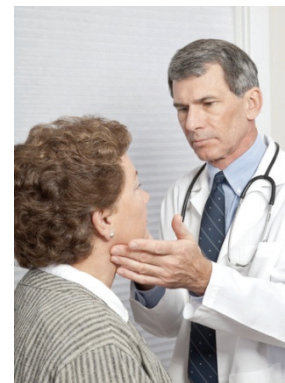
1. Exame clínico.

O médico irá questioná-lo sobre os seus sintomas e efetuará um exame clínico. Isto inclui um exame do abdómen e dos gânglios linfáticos* no pescoço e nas axilas.

2. Exame endoscópico.

Durante um exame endoscópico do tubo digestivo superior, ou esofagogastrosopia, o médico introduz um tubo fino, flexível e iluminado, designado por endoscópio, na garganta do doente. Isto permite ao médico ver o revestimento do esófago, estômago e a primeira parte do intestino delgado. O médico pode também verificar a parte superior da traqueia (via aérea). Se forem observadas áreas anormais, podem fazer-se biópsias* (amostras de tecido), utilizando instrumentos inseridos através do endoscópio. Estas amostras de tecido são examinadas por um especialista no laboratório (ver exame histopatológico*).

Durante a endoscopia, pode efetuar-se uma **ecoendoscopia*** em simultâneo. É introduzida uma sonda ultrassonográfica pela garganta até ao esófago. Esta fornece imagens das diferentes camadas da parede esofágica, bem como dos gânglios linfáticos* adjacentes e de outras estruturas. Esta técnica é utilizada para ver até onde um cancro penetrou na parede esofágica, pelos tecidos ou gânglios linfáticos adjacentes, o que é muito importante conhecer em detalhe e de forma atempada, em particular nos doentes que vão ser operados. Isto revela informação útil para a cirurgia, podendo também orientar o médico na colheita de uma pequena amostra (biópsia) de uma lesão suspeita durante a endoscopia. Efetuar uma ecoendoscopia é, por conseguinte, especialmente útil antes da cirurgia.



3. Exame radiológico.

Para ajudar no diagnóstico e avaliar a extensão do tumor para planear o tratamento, os médicos necessitam de efetuar alguns exames radiológicos. Geralmente, é efetuada uma TAC* torácica e abdominal. Pode também ser efetuada um esofagograma para indicar precisamente em que parte do esófago está localizado o tumor. O esofagograma envolve tirar radiografias*, enquanto a pessoa bebe um fluido especial. Por este fluido ser muito claro na imagem da radiografia, o revestimento interior do esófago fica claramente delineado na mesma. Pode ser utilizada uma TEP para ver até onde se disseminou o cancro fora do esófago. Pode também ser efetuada uma endoscopia para examinar as vias aéreas (faringe, laringe, traqueia e brônquios).



4. Exame histopatológico*.

A amostra da biópsia*, isto é, a amostra de tecido que foi colhida durante a endoscopia, será analisada no laboratório por um patologista*. A isto se chama um exame histopatológico. Utilizando o microscópio e vários outros testes, o patologista irá confirmar o diagnóstico de cancro e dará mais informações sobre as características do mesmo. Isto inclui definir o tipo histológico*, sendo um carcinoma de células escamosas, se o tumor for composto por células achatadas que revestem o esófago, ou adenocarcinoma, se for composto por células que produzem e libertam muco* e outros fluidos.



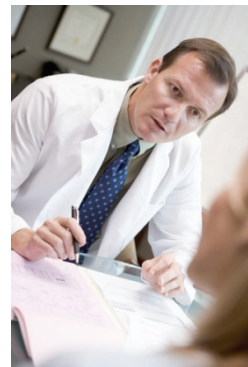
Quando é feita uma cirurgia para remover um tumor, este e os gânglios linfáticos também serão analisados no laboratório. Esta análise é muito importante para confirmar os resultados da biópsia e obter mais informações sobre o cancro.

O QUE É IMPORTANTE SABER PARA OBTER UM TRATAMENTO OTIMIZADO?

Os médicos terão que considerar vários aspetos, tanto do doente, como do cancro para decidir qual será o tratamento ideal.

Informação relevante sobre o doente

- história médica pessoal
- resultados do exame físico
- bem-estar e condição física geral
- resultados de análises sanguíneas, incluindo um hemograma para verificar se há anemia*, bem como testes da função hepática e renal
- resultados da endoscopia e uma TAC torácica e abdominal. Em alguns doentes será efetuada uma ecoendoscopia* e/ou um esofagograma.
- resultados de uma avaliação pré-operatória. De acordo com o estado geral de saúde do doente, isto poderá incluir análises sanguíneas adicionais, uma radiografia* torácica, um ECG* ou eletrocardiograma e um teste da função pulmonar.
- preferências do doente em relação ao tipo de tratamento



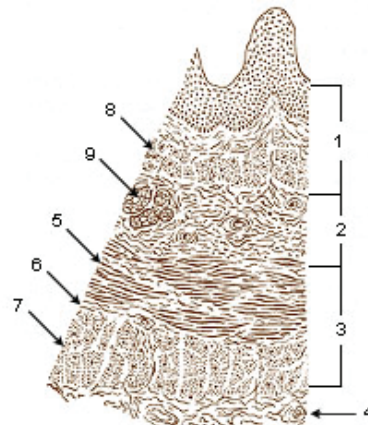
Os resultados são importantes para decidir se o doente reúne as condições necessárias para ser submetido a cirurgia.

Informação relevante sobre o cancro

- **Estadiamento**

Os médicos utilizam o estadiamento para avaliar a extensão do cancro (isto é, até onde se disseminou no corpo do doente) e o prognóstico do doente. É geralmente utilizado o sistema de estadiamento TNM . A combinação de T, tamanho do tumor e invasão da parede do órgão, N, envolvimento dos gânglios linfáticos* e M, metástase* ou disseminação do cancro para outros órgãos do corpo. Este sistema irá classificar o cancro num dos estadios apresentados na tabela.

Para compreender as definições da extensão local do tumor, é importante saber que a parede esofágica é constituída por diferentes camadas, conforme ilustrado na imagem abaixo.



Secção da parede esofágica. Do interior para o exterior do esófago, as diferentes camadas são:

- 1: Mucosa*, formada pelo epitélio*, lamina propria* e muscularis mucosae* (8). A mucosa ou membrana mucosa é a camada interna do esófago e segrega vários fluidos.
- 2: Submucosa*, contendo as glândulas esofágicas (9). A submucosa suporta a mucosa, ligando-a às camadas musculares subjacentes. As glândulas produzem um muco e abrem-se para a superfície através de um longo canal. A mucosa desempenha o papel de lubrificar e proteger a parede esofágica.
- 3: Muscularis propria, sendo 5, 6 e 7 diferentes camadas musculares. As camadas musculares contraem-se alternadamente para movimentar a comida que passa através do esófago.
- 4: Tunica adventitia. Esta camada externa é composta por tecido conjuntivo e suporta o esófago.

Saber o estadio exato do cancro é fundamental para tomar a decisão certa sobre o tratamento. Quanto mais inicial for o estadio, melhor será o prognóstico*. O estadiamento é geralmente efetuado duas vezes: após um exame clínico e radiológico e, numa segunda fase, após a cirurgia. Se a cirurgia for efetuada, o estadiamento pode também considerar o exame laboratorial do tumor removido.

A tabela abaixo apresenta os diferentes estadios do cancro do esófago. As definições podem ser técnicas, por isso recomenda-se que peça aos médicos explicações mais detalhadas.

Estadio	Definição
Estadio 0	<i>O tumor é designado por carcinoma in situ, o que significa que apenas afeta o epitélio*, ou o exame histopatológico* não mostrou cancro, mas revelou uma displasia de alto grau. Displasia é a organização desordenada das células que revestem o esófago. Não há disseminação do tumor para os gânglios linfáticos*, nem para outras partes do corpo.</i>
Estadio I	<i>O tumor invade profundamente a parede esofágica. Não há disseminação do tumor para os gânglios linfáticos, nem para outras partes do corpo.</i>
Estadio IA	<i>O tumor invade a mucosa* (T1a) ou a submucosa* (T1b).</i>
Estadio IB	<i>O tumor invade a muscularis propria (T2).</i>
Estadio II	<i>O tumor invade a camada mais profunda da parede esofágica, designada por tunica adventitia, ou afeta 1 ou 2 gânglios linfáticos adjacentes. Não há disseminação para outras partes do corpo.</i>

Estadio IIA	<i>O tumor invade a tunica adventitia (T3). Não há disseminação do tumor para os gânglios linfáticos.</i>
Estadio IIB	<i>O tumor invade a mucosa (T1a), a submucosa (T1b) ou a muscularis propria (T2), afetando 1 ou 2 gânglios linfáticos adjacentes.</i>
Estadio III	<i>O tumor afeta mais de 2 gânglios linfáticos, ou começou a invadir os tecidos adjacentes. Não há disseminação para outras partes do corpo.</i>
Estadio IIIA	<ul style="list-style-type: none"> – <i>O tumor invade a pleura*, o pericárdio* ou o diafragma* e não há disseminação para os gânglios linfáticos, ou</i> – <i>O tumor invade a tunica adventitia, afetando 1 ou 2 gânglios linfáticos adjacentes, ou</i> – <i>O tumor invade a mucosa, a submucosa ou a muscularis propria, afetando 3 a 6 gânglios linfáticos regionais.</i>
Estadio IIIB	<i>O tumor invade a tunica adventitia, afetando 3 a 6 gânglios linfáticos.</i>
Estadio IIIC	<ul style="list-style-type: none"> – <i>O tumor invade a pleura*, o pericárdio* ou o diafragma*, afetando 1 a 6 gânglios linfáticos, ou</i> – <i>O tumor invade os tecidos adjacentes, tais como a aorta, uma vértebra ou a traqueia (via aérea), independentemente de afetar, ou não, os gânglios linfáticos, ou</i> – <i>Mais de 6 gânglios linfáticos são afetados, independentemente da invasão local do tumor.</i>
Estadio IV	<i>Há disseminação para outras partes do corpo, independentemente da invasão local do tumor e da medida em que afeta os gânglios linfáticos.</i>

- **Ressectabilidade**

Os cirurgiões irão considerar o tumor operável (ou passível de ressecção), o que significa que é possível remover todo o tumor numa operação, ou inoperável (ou não passível de ressecção), o que significa que tal não é possível. Pode não ser possível efetuar a ressecção de um tumor, porque este se disseminou demasiado para os tecidos ou gânglios linfáticos* adjacentes, porque está demasiado perto de vasos sanguíneos vitais, ou porque se disseminou para partes distantes do corpo. Em termos do estadió TNM do cancro, não há uma linha divisória distinta entre o que é passível de ressecção e o que não é. No entanto, os cancros de estadió inicial têm maior probabilidade de serem passíveis de ressecção. A decisão também dependerá de a pessoa reunir, ou não, as condições necessárias para ser submetida à cirurgia.

- **Localização do tumor no esófago**

Para escolher o melhor tratamento é importante saber qual a localização do tumor. Consoante a sua localização vertical no esófago, os tumores são geralmente classificados como:

- cervical, o que corresponde à região superior, localizada no pescoço;
- intratorácico, o que corresponde à região média, localizada no tórax;
- da junção esofagogástrica, o que corresponde à parte inferior que liga ao estômago.

- **Resultados da biópsia***

A biópsia será analisada no laboratório. Este exame é designado por histopatologia*. O segundo exame histopatológico envolve a análise do tumor e dos gânglios linfáticos*, após a sua remoção cirúrgica. Esta análise é muito importante para confirmar os resultados da biópsia e facultar mais informações sobre o cancro. Os resultados da análise da biópsia devem incluir:

- **Tipo histológico***

O tipo histológico baseia-se no tipo de células que compõem o tumor. Se o tumor é composto por células achatadas que revestem o esófago, é um carcinoma de células escamosas. Se é composto por células que produzem e libertam muco* e outros fluidos, é um adenocarcinoma. Se o patologista* definir o cancro como um carcinoma de pequenas células, um tipo muito raro de cancro do esófago, será tratado em conformidade. Porém, a informação facultada neste Guia para Doentes não se aplica aos carcinomas de pequenas células.

- **Grau**

O grau é baseado em quão diferentes as células tumorais são das células esofágicas normais e quão rapidamente se multiplicam. Quanto ao cancro do esófago, o grau será qualquer valor entre um e quatro. Quanto menor for o grau, melhor será o prognóstico*.

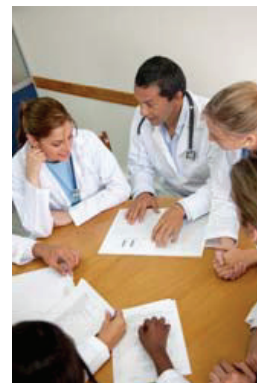
Para além de investigar a biópsia ao microscópio, o patologista* efetuará certos testes que dão informações sobre os genes das células tumorais. Estes testes incluem a hibridização fluorescente in situ (FISH*) ou a imuno-histoquímica*.

- **Estado do HER2***

Este teste deve ser efetuado para o adenocarcinoma da parte inferior do esófago, perto da junção com o estômago. Utilizando um teste FISH* ou a imuno-histoquímica, o patologista investiga os genes das células cancerosas. Algumas células têm uma amplificação de um gene designado por HER2, o que significa que existem muitas cópias deste num dos cromossomas da célula*. O gene HER2 é responsável pela produção de uma proteína que pode tornar uma célula mais maligna, influenciando o seu crescimento e migração. Além disso, é um elemento importante na definição das opções de tratamento. Quando existem demasiadas cópias do HER2 e demasiado conteúdo da proteína correspondente nas células tumorais, falamos de um cancro HER2 positivo. Caso contrário, o estado do HER2 é negativo. Os cancros HER2 positivos são de natureza mais agressiva.

QUAIS SÃO AS OPÇÕES DE TRATAMENTO?

O planeamento do tratamento envolve uma equipa multidisciplinar de profissionais médicos. Isto geralmente implica uma reunião de diferentes especialistas, designada por reunião multidisciplinar*. Nesta reunião, o tipo de tratamento será discutido de acordo com a informação relevante que foi referida anteriormente.



O tratamento combinará geralmente métodos de intervenção que:

- Atuem no cancro a nível local, tais como a cirurgia ou a radioterapia*
- Atuem nas células cancerosas de todo o corpo por terapia sistémica*, tal como a quimioterapia

O tipo e a extensão do tratamento irão depender do estadió do cancro, das características do tumor e dos riscos envolvidos.

Os tratamentos enunciados abaixo têm os seus benefícios, riscos e contraindicações. É recomendável perguntar aos oncologistas sobre quais os benefícios e riscos esperados de cada tratamento, para estar informado sobre as possíveis consequências. Para alguns doentes há várias opções disponíveis, devendo a escolha ser discutida de acordo com o equilíbrio entre os benefícios e os riscos para o doente.

Quando um tumor é avaliado como passível de ressecção, e o doente reúne as condições necessárias, a cirurgia é o tratamento escolhido. Isto aplica-se no caso de doença localizada. Nestes casos, a cirurgia é a opção preferida, mas atendendo a que esta comporta elevados riscos, nem todos os doentes podem ser operados. O estadió, a localização e o tipo histopatológico* do tumor (adenocarcinoma ou carcinoma de células escamosas), bem como a condição dos doentes são aspetos determinantes quanto à possibilidade de ser submetido a uma cirurgia com sucesso. A disseminação do tumor para outros órgãos (doença extensa) geralmente exclui a cirurgia.

Plano de tratamento para o adenocarcinoma de estadió 0 a III

O tumor é do tipo adenocarcinoma e está limitado ao esófago ou disseminou-se para as estruturas adjacentes. Os gânglios linfáticos regionais podem, ou não, estar afetados. Não há disseminação para outras partes do corpo.*

1. O tumor é considerado operável

A cirurgia é o tratamento recomendado. A parte do esófago que contém o tumor será removida. Para estadios localmente avançados (estadió III), o tratamento será discutido na equipa multidisciplinar*. Dependendo da extensão e estadió do tumor, pode ser administrada quimioterapia* antes e depois da operação, ou uma combinação de quimioterapia e radioterapia antes da operação. Esta estratégia visa reduzir o tamanho do tumor e eliminar as células cancerosas que não serão removidas pela intervenção cirúrgica, melhorando, desta forma, os resultados da operação.

Cirurgia

A cirurgia é o tratamento de escolha em doentes que reúnam as condições necessárias. Quando são afetados os gânglios linfáticos* adjacentes, a cirurgia continua a ser o melhor tratamento. Porém, os gânglios linfáticos afetados dificultam a probabilidade de cura dos doentes. Por conseguinte, estes casos devem ser discutidos por uma equipa multidisciplinar* para equacionar a possibilidade de um tratamento combinado que inclua quimioterapia ou quimioterapia associada a radioterapia*.

Procedimentos cirúrgicos

A parte do esófago que contém o tumor será removida durante a cirurgia. Existem diferentes formas ou técnicas para remover o tumor. Não está definido que tipo de cirurgia deve ser recomendado. A decisão sobre a técnica dependerá da localização e extensão do tumor, bem como da experiência do cirurgião. Para além da remoção do esófago, conforme é descrito abaixo, o cirurgião removerá todos os gânglios linfáticos adjacentes juntamente com o esófago. Serão posteriormente analisados pelo patologista* para ver se contém células cancerosas, o que é importante para definir o estadio. Na maioria dos casos também será removida uma parte do estômago.



O esófago e os gânglios linfáticos podem ser removidos através de 2 incisões (pescoço e abdómen), ou 3 incisões. Quando a maioria do esófago é removido, isso significa que o tumor é removido juntamente com grandes margens de tecido saudável, acima e abaixo do tumor. Posteriormente, o estômago será mobilizado e ligado à parte superior do esófago. Em alguns casos, os cirurgiões podem utilizar parte do intestino para substituir o esófago.

Não está definido que tipo de cirurgia deve ser recomendado e isto dependerá sobretudo da experiência do cirurgião.

A cirurgia do esófago comporta um elevado risco. Os cirurgiões devem ter experiência neste tipo de procedimentos. Os riscos e efeitos secundários da cirurgia do esófago são apresentados mais adiante neste documento. Devem ser discutidos previamente com os médicos.

Terapêutica adjuvante

Terapêutica adjuvante é um tratamento adicional ao tratamento principal que, neste caso, é a remoção do tumor através de cirurgia. A quimioterapia utilizada antes da cirurgia e, se possível, depois da mesma é o tratamento standard. A combinação de radioterapia e quimioterapia antes da cirurgia é outra opção. Os benefícios e riscos das diferentes estratégias são explicados abaixo.

Quimioterapia é a utilização de fármacos que visam matar as células tumorais ou limitar o seu crescimento. Quando é administrada antes da cirurgia, a sua intenção é reduzir o tamanho do tumor e facilitar a sua remoção através da cirurgia. Esta estratégia é designada por **quimioterapia neoadjuvante ou pré-operatória**. Beneficia todos os tipos de cancro do esófago, mas a vantagem é maior no adenocarcinoma.



Os doentes com um adenocarcinoma localizado na parte inferior do esófago (junto do estômago) podem beneficiar da quimioterapia administrada antes e depois da cirurgia. A quimioterapia que é administrada antes e depois da cirurgia é designada por **quimioterapia perioperatória**. É atualmente recomendada a doentes com um adenocarcinoma localmente avançado.

Os fármacos utilizados para tratar o adenocarcinoma são a cisplatina*, o 5-fluorouracilo* e possivelmente a epirrubina*. Isto depende da decisão do seu médico.

Os efeitos secundários mais frequentes das quimioterapias são descritos mais adiante no texto. Os efeitos secundários são geralmente reversíveis após o tratamento. Existem algumas estratégias para prevenir ou aliviar alguns destes efeitos secundários. Isto deve ser discutido previamente com os médicos.

A radioterapia* combinada com quimioterapia administrada antes da cirurgia (**quimio-radioterapia pré-operatória**) é outra opção de tratamento. Porém, ainda não se sabe que doentes beneficiariam desta terapia intensiva. A quimio-radioterapia* é a combinação de quimioterapia e radioterapia dentro do mesmo prazo e seguindo um plano específico. Radioterapia é o uso de radiação dirigida à localização do tumor, para matar as células cancerosas. Estudos recentes sugerem que a quimio-radioterapia seguida de cirurgia aumenta a sobrevivência dos doentes, sobretudo aqueles com adenocarcinoma localmente avançado. Infelizmente, tanto a utilização de radioterapia, como de quimioterapia aumentam o risco de ocorrência de efeitos secundários. Foi demonstrado que os doentes podem estar debilitados antes da cirurgia, podendo assim ter um risco mais elevado de complicações graves após a operação. É por este motivo que nem todos os doentes devem ser submetidos a quimio-radioterapia pré-operatória, devendo uma equipa multidisciplinar* de médicos discutir qual poderá ser a melhor opção para cada doente.

Os efeitos secundários da quimio-radioterapia incluem os da quimioterapia e da radioterapia. Os fármacos mais utilizados são a cisplatina* e o 5-fluorouracilo*, mas podem ser utilizados outros fármacos a critério do seu médico. Os efeitos secundários mais frequentes da quimioterapia e radioterapia são descritos mais adiante no texto. São geralmente reversíveis após o tratamento. Existem algumas estratégias para prevenir ou aliviar alguns destes efeitos secundários. Isto deve ser discutido previamente com os médicos.

A quimioterapia e quimio-radioterapia também podem ser administradas após a cirurgia. Isto é designado por tratamento pós-operatório ou adjuvante. Porém, atualmente ainda não está definido que benefícios teria a quimioterapia e quimio-radioterapia após a cirurgia e os efeitos secundários do tratamento podem ser difíceis de suportar. A única exceção em que a quimioterapia ou quimio-radioterapia pós-operatória mostram claros benefícios é em doentes com adenocarcinoma da parte inferior do esófago após uma cirurgia limitada. Cirurgia limitada significa que, durante a operação, apenas foi removido um número limitado de gânglios linfáticos, juntamente com a parte afetada do esófago.

2. O tumor é considerado inoperável

Quando um tumor é considerado inoperável, ou o doente não reúne as condições necessárias para ser submetido a cirurgia, é preferível uma combinação de quimioterapia* e radioterapia*, já que foi comprovado ter maior eficácia do que a radioterapia isolada. Os fármacos mais utilizados são a cisplatina* e o 5-fluorouracilo*, mas podem ser utilizados outros fármacos a critério do seu médico. Também pode considerar-se o uso apenas de quimioterapia. A escolha do tratamento será sempre discutida numa equipa multidisciplinar*.

A quimio-radioterapia ou quimioterapia podem ser administradas, dependendo da extensão do tumor, com o intuito de curar o cancro ou somente para aliviar os sintomas.

Os efeitos secundários mais frequentes da quimioterapia e radioterapia são descritos mais adiante no texto. São geralmente reversíveis após o tratamento. Existem algumas estratégias para prevenir ou aliviar alguns destes efeitos secundários. Isto deve ser discutido previamente com os médicos.

Plano de tratamento para o carcinoma de células escamosas de estadio 0 a III

O tumor é do tipo carcinoma de células escamosas e está limitado ao esófago ou disseminou-se para as estruturas adjacentes. Os gânglios linfáticos regionais podem, ou não, estar afetados. Não há disseminação para outras partes do corpo.*

1. O tumor é considerado operável

A cirurgia é o tratamento recomendado. A parte do esófago que contém o tumor será removida. O tipo de cirurgia dependerá da extensão do tumor.

Em tumores que invadiram a camada mais profunda da parede esofágica ou as estruturas adjacentes, apenas a quimioterapia, ou uma combinação de quimioterapia* e radioterapia* (quimio-radioterapia) administrada antes da operação pode melhorar os resultados da mesma. Quando o tumor responde bem à quimioterapia ou à quimio-radioterapia, a cirurgia pode ser adiada ou até tornar-se redundante. Estas opções de tratamento serão discutidas numa equipa multidisciplinar.

Após a cirurgia, caso não tenha sido possível fazer uma ressecção completa do tumor, poderá ser discutida uma série adicional de quimio-radioterapia.

Cirurgia

A cirurgia é o tratamento de escolha para doentes com cancro em fase inicial que reúnam as condições necessárias. Quando são afetados os gânglios linfáticos* adjacentes, a cirurgia continua a ser o melhor tratamento. Porém, os gânglios linfáticos afetados dificultam a probabilidade de cura dos doentes, devendo estes casos ser discutidos numa equipa multidisciplinar*. Caso se suspeite de um envolvimento dos gânglios linfáticos no estadio inicial, deve ser considerado um tratamento combinado que inclua quimioterapia ou quimioterapia com radioterapia,.

Procedimentos cirúrgicos

Existem diferentes formas ou técnicas para remover o tumor. A decisão sobre a técnica dependerá da localização e extensão do tumor, bem como da experiência do cirurgião. Para além da remoção do esófago (conforme é descrito abaixo), o cirurgião removerá todos os gânglios linfáticos adjacentes juntamente com o esófago. Posteriormente serão analisados pelo patologista* para ver se contêm células cancerosas.

- **Ressecção endoscópica* para carcinoma de células escamosas limitado à mucosa***

Ressecção endoscópica é a remoção de uma parte do esófago através de endoscopia. Para esta operação, o médico introduz um tubo fino, flexível e iluminado, designado por endoscópio, na garganta do doente. O endoscópio é combinado com um instrumento cirúrgico que permite efetuar uma ressecção do tumor. É recomendada para o carcinoma de células escamosas limitado à mucosa e deve ser realizado, de preferência, em centros especializados onde os cirurgiões ou gastroenterologistas* tenham experiência neste tipo de operação. De um modo geral, esta técnica permite preservar o esófago do doente.

- **Remoção de todo o esófago, ou parte do mesmo, para o carcinoma de células escamosas disseminado para a camada mais profunda da parede esofágica ou para as estruturas adjacentes, com ou sem invasão dos gânglios linfáticos***

O tipo de cirurgia depende da localização do tumor. Para além da cirurgia, nos tumores que invadem a camada mais profunda da parede esofágica ou as estruturas adjacentes, uma combinação de quimioterapia* e radioterapia* administrada antes da operação pode reduzir o tamanho do tumor e, por conseguinte, melhorar os resultados da mesma.



- **Carcinoma de células escamosas da parte superior do esófago (cervical)**

O esófago e os gânglios linfáticos podem ser removidos através de 2 incisões (pescoço e abdómen), ou 3 incisões. Não está definido que tipo de cirurgia deve ser recomendado e isto dependerá sobretudo da experiência do cirurgião.

- **Carcinoma de células escamosas da parte média do esófago (intratorácico)**

Quando um carcinoma de células escamosas está localizado na região média do esófago, recomenda-se uma esofagectomia transtorácica. Os cirurgiões farão duas incisões, uma no abdómen e outra no tórax. A maior parte do esófago é removida, o que significa que o tumor é ressecado juntamente com grandes margens de tecido saudável, acima e abaixo do tumor. Posteriormente, o estômago será mobilizado e ligado à parte superior do esófago. Quando não é possível utilizar o estômago, os cirurgiões utilizam parte do intestino para substituir o esófago.

- **Carcinoma de células escamosas da parte inferior do esófago (junção esofagogástrica)**

Quando o tumor está localizado na parte inferior do esófago, junto ao estômago, também será removida uma parte do estômago. A parte restante do estômago será ligada à parte superior do esófago. Geralmente são feitas duas incisões, uma no abdómen e outra no pescoço, mas nenhuma no tórax. Algumas técnicas envolverão três incisões, no abdómen, tórax e pescoço.

A cirurgia do esófago comporta um elevado risco, para além dos efeitos secundários. Os cirurgiões devem ter experiência neste tipo de procedimentos. Os riscos e efeitos secundários da cirurgia do esófago são apresentados mais adiante neste documento. Devem ser discutidos previamente com os médicos.

Terapêutica adjuvante

Terapêutica adjuvante é um tratamento adicional à fase principal do tratamento que, neste caso, é a remoção do tumor através de cirurgia.

A decisão de administrar quimioterapia e, por vezes, radioterapia* antes da cirurgia depende da extensão e estadió do tumor.

A decisão de administrar quimioterapia combinada com radioterapia após a cirurgia depende de o cirurgião ter conseguido, ou não, fazer a ressecção completa do tumor.

Quimio-radioterapia * é a combinação de quimioterapia e radioterapia dentro do mesmo prazo e seguindo um plano específico. Quimioterapia é a utilização de fármacos que visam matar as células tumorais ou limitar o seu crescimento. A radioterapia visa matar as células tumorais, utilizando radiação dirigida especificamente à área do cancro.

O efeito da quimio-radioterapia administrada antes da cirurgia ainda está em estudo, não estando ainda comprovado para todos os doentes. Estudos recentes sugerem que a quimio-radioterapia seguida de cirurgia aumentaria a sobrevivência dos doentes com carcinoma de células escamosas disseminado para a camada mais profunda da parede esofágica ou estruturas adjacentes. Infelizmente, a utilização de radioterapia e quimioterapia aumenta o risco de ocorrência de efeitos secundários. Foi demonstrado que os doentes podem estar debilitados antes da cirurgia, podendo depois ter um risco mais elevado de complicações graves após a operação. É por este motivo que ainda não se sabe que doentes beneficiariam da quimio-radioterapia pré-operatória. Porém, é recomendado em todos os doentes cujo tumor esteja disseminado para a camada mais profunda da parede esofágica ou para estruturas adjacentes.

Os efeitos secundários da quimio-radioterapia incluem os da quimioterapia e os da radioterapia. Os efeitos secundários mais frequentes da quimioterapia e radioterapia são descritos mais adiante no texto (consulte "*Efeitos secundários possíveis das terapias utilizadas para tratar os cancros do esófago*"). São geralmente reversíveis após o tratamento. Existem algumas estratégias para prevenir ou aliviar alguns destes efeitos secundários. Isto deve ser discutido previamente com os médicos.

Quando os médicos verificam que o tumor responde bem à quimio-radioterapia, podem decidir continuar com este tratamento e adiar a cirurgia. Uma resposta do tumor significa a redução do seu tamanho como resultado do tratamento. A resposta é avaliada pela evolução das queixas do doente, por endoscopia* (com novas biópsias*) e por técnicas de imagiologia. Estas podem ser um esofagograma*, uma TAC* ou uma TEP*. Em caso de boa resposta, os médicos podem aumentar a dose de radiação. Estudos demonstraram que, utilizando esta abordagem, a sobrevivência dos doentes é a mesma que com a cirurgia. Porém, existe uma maior probabilidade de que o tumor recidive no seu local de origem, o esófago. Por conseguinte, é muito importante que o doente seja vigiado de perto por uma equipa multidisciplinar* experiente, procedendo-se à cirurgia logo que se detecte progressão do tumor.

Em alguns casos, a cirurgia não será necessária. O tratamento é então designado por quimio-radioterapia definitiva. Dado que é difícil remover estes tumores por cirurgia, esta estratégia é especialmente recomendada em doentes com um tumor na parte superior ou cervical do esófago.

Após a cirurgia, a parte do esófago que é removida será analisada por um patologista* no laboratório. A isto chama-se um exame histopatológico*. O patologista irá verificar se as margens da parte submetida a ressecção estão livres de tumor e, por conseguinte, se este foi removido completamente. Se forem encontradas células cancerosas nas margens da parte submetida a ressecção, isto significa que ainda permaneceu tumor residual. Nesse caso, pode administrar-se quimio-radioterapia adicional para eliminar as células cancerosas que ainda permanecem no corpo. Isto é designado por tratamento pós-operatório ou adjuvante.

Porém, atualmente, ainda não está definido que benefícios tem a quimio-radioterapia após a cirurgia.

2. O tumor é considerado inoperável

No caso de doentes que não reúnam as condições para serem submetidos a cirurgia, ou não o queiram fazer, a quimio-radioterapia * tem um efeito superior à radioterapia* isolada. O tratamento será sempre discutido numa equipa multidisciplinar*. Geralmente, os fármacos administrados são a cisplatina* e o 5-fluorouracilo*, mas podem ser utilizados outros fármacos por decisão do seu médico. A dose de radiação que é vista como um tratamento standard pode ser igual ou, geralmente, superior a 60 Gy. Gy significa Gray e é uma unidade para a dose de radiação que é administrada durante a radioterapia. A quimio-radioterapia pode ser administrada com o intuito de curar o cancro, para aliviar os sintomas, ou ambos, dependendo da extensão do tumor.

Plano de tratamento para a doença metastática* (estadio IV)

O tumor é de células escamosas ou do tipo adenocarcinoma e disseminou-se para outras partes do corpo, como os pulmões ou o fígado, independentemente da invasão local do tumor e de afetar, ou não, os gânglios linfáticos.*

Os doentes com cancro do esófago metastático podem ser considerados para diferentes opções de tratamento que visem aliviar os seus sintomas. A escolha feita dependerá da sua situação específica.

Tratamento local

Braquiterapia é um tipo de radioterapia* em que material radioativo é colocado diretamente no tumor, ou junto ao mesmo. Devido à proximidade do tumor e à curta distância que a radiação tem que percorrer, podem ser administradas doses mais elevadas de radiação do que na radioterapia externa que usa radiações que vêm de fora do corpo e são dirigidas para a área do tumor. Esta estratégia pode aliviar o desconforto e a dificuldade de engolir em doentes com cancro do esófago metastático*. Foi comprovado que tem um melhor efeito, a longo prazo e menos efeitos indesejáveis do que a colocação de **um stent**. Um stent é um tubo metálico que é colocado dentro do esófago para evitar que este seja bloqueado pelo tumor à medida que cresce e, por conseguinte, permite a passagem de comida através do esófago. Os efeitos secundários da braquiterapia são dores de garganta e enjoos, ambos temporários. Com um stent existe o risco de que o tumor possa crescer, após algum tempo, sobre uma extremidade do stent bloqueando novamente o esófago.

Terapêutica sistémica*

Terapêutica sistémica é um tratamento que visa atuar nas células cancerosas localizadas em qualquer parte do corpo. A quimioterapia* é o principal tipo de terapêutica sistémica. Isto é o oposto da terapia local, como a cirurgia ou radioterapia* que atua nas células cancerosas dentro de uma área anatómica definida.

A quimioterapia pode ajudar a reduzir os sintomas e deve ser considerada sobretudo em doentes que reúnam as condições necessárias e tenham bom estado geral. Habitualmente é usada a cisplatina* e o 5-fluorouracilo*. Porém, alguns fármacos mais recentes, da mesma categoria de medicamentos, parecem oferecer maior eficácia e melhor qualidade de vida.

Os doentes com adenocarcinoma da parte inferior do esófago devem ser analisados quanto ao estado do HER2*. Quando existem demasiadas cópias do gene HER2, ou demasiada proteína da proteína HER2 correspondente, falamos de um cancro HER2 positivo. No caso de um cancro HER2 positivo, um fármaco designado por trastuzumab* pode ser adicionado à quimioterapia. Trastuzumab é um fármaco que visa especificamente a proteína HER2. Este tipo de tratamento é designado por terapêutica dirigida*.

QUAIS SÃO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS DO TRATAMENTO?

Riscos e efeitos secundários da cirurgia

A remoção do esófago é um procedimento cirúrgico de elevado risco. Existem vários riscos e pode provocar problemas de saúde indesejáveis, designados por complicações. As complicações podem geralmente ser tratadas, mas são por vezes difíceis de tratar, podendo até ser fatais.

Alguns riscos são partilhados por todas as intervenções cirúrgicas efetuadas sob anestesia geral*. Estas complicações são raras e incluem trombose venosa profunda*, problemas cardíacos ou respiratórios, hemorragia, infeção ou reação à anestesia. Embora existam riscos, os médicos tomam as medidas mais apropriadas para os minimizar.

A junção do estômago e da parte restante do esófago é designada por anastomose. Esta anastomose pode por vezes ter fugas de conteúdo após a cirurgia, ou provocar uma infeção a nível do tórax. Por vezes e após algum tempo, o estreitamento do esófago, devido à formação de tecido cicatricial, pode provocar dificuldade em engolir. Utilizando a endoscopia*, este estreitamento pode ser dilatado, aliviando as queixas do doente.

Em alguns casos, o estômago leva mais tempo a esvaziar do que anteriormente, provocando náuseas e vômitos. Outros doentes sofrem de pirose, porque o músculo que separa o esófago do estômago foi removido. Existem medicamentos eficazes para aliviar estes sintomas. Um nutricionista* ou dietista pode aconselhar e ajudar os doentes a começar a comer novamente e a adaptar gradualmente a sua alimentação.

Riscos e efeitos secundários da quimioterapia*

Os principais efeitos secundários da quimioterapia são:

- queda de cabelo
- náuseas e vômitos
- diarreia
- boca dorida ou úlceras na boca
- baixa contagem de células sanguíneas. Uma diminuição nos leucócitos aumentará o risco de contrair infeções e tornará mais difícil combatê-las. Uma diminuição nos eritrócitos* conduz a anemia*, o que pode causar cansaço e falta de ar. Uma diminuição nas plaquetas sanguíneas pode tornar as pessoas mais sensíveis a nódoas negras e hemorragias (ex.: a nível do nariz, ou das gengivas).

Para além disto, cada fármaco pode dar também diferentes efeitos indesejáveis. Os mais comuns são enunciados abaixo. Nem todos os doentes vão sofrer efeitos secundários, ou tê-los com a mesma intensidade.

- O 5-fluorouracilo* pode provocar cansaço que pode prolongar-se durante alguns meses após o tratamento.

Cancro do esófago: um guia para o doente -

Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO - v.2012.1

Página 21

Este documento é facultado pelo Anticancer Fund, com a permissão da ESMO.

A informação contida neste documento não substitui uma consulta médica. Destina-se apenas a utilização pessoal e não pode ser alterada, reproduzida, nem divulgada de nenhuma forma, sem o consentimento por escrito da ESMO e do Anticancer Fund.

- A cisplatina* pode conduzir à perda da audição e lesão renal. Antes de iniciar o tratamento, a função renal é analisada através do sangue. Para prevenir possíveis danos é fundamental beber muita água durante o tratamento.
- Raramente, a epirrubicina* pode provocar danos no músculo cardíaco, embora geralmente apenas quando utilizada durante muitos meses, ou em pessoas com problemas cardíacos prévios. Se tem problemas cardíacos, o seu médico marcará um exame antes do tratamento, para ver se o seu coração é forte o suficiente para o mesmo. Pode tornar a pele mais sensível à luz solar, provocando vermelhidão em áreas onde o doente fez radioterapia* no passado. A urina pode tornar-se vermelha ou cor de rosa durante alguns dias após o tratamento. Isto não é sangue e apenas se deve à cor do medicamento.

Riscos e efeitos secundários da quimio-radioterapia *

Os efeitos secundários da quimio-radioterapia são iguais aos da quimioterapia* (conforme referido previamente) e da radioterapia. Os principais efeitos secundários da radioterapia administrada no tórax e/ou no estômago são náuseas e muitas dores de garganta. Como comer pode ser difícil, alguns doentes perdem peso temporariamente e podem necessitar de algum soro intravenoso* extra.

Riscos e efeitos secundários da terapia dirigida*

Os efeitos secundários mais comuns do trastuzumab* são o cansaço, a diarreia e uma reação aos fármacos, incluindo arrepios, febre, náuseas, pieira, cefaleias e desmaio. Porém, esta reação vai sendo atenuada à medida que o tratamento prossegue.

O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

Após o fim do tratamento, não é raro ter sintomas associados ao mesmo.

- Não é raro sentir ansiedade, problemas em dormir ou depressão na fase pós-tratamento; os doentes que sofrem destes sintomas podem beneficiar de apoio psicológico.
- As faltas de memória e a dificuldade de concentração não são efeitos secundários incomuns da quimioterapia*, sendo geralmente reversíveis dentro de alguns meses.
- Durante algum tempo será doloroso engolir, sobretudo alimentos sólidos. Um nutricionista* ou dietista podem orientar o doente a começar a comer novamente e a adaptar a dieta de acordo com a evolução do tratamento.



Acompanhamento* por médicos

Após o tratamento ter sido concluído, os médicos propõem um programa de acompanhamento que é composto por consultas regulares e que visa:

- avaliar os efeitos adversos do tratamento e tratá-los
- dar apoio psicológico e informações para melhorar o retorno à vida normal
- detetar uma possível recidiva* o mais rápido possível

Não existe uma frequência standard, nem intervalo de consultas de acompanhamento que sejam aconselhados.

Só quando a quimio-radioterapia* foi o único tratamento do carcinoma de células escamosas localmente avançado, isto é, quando não foi efetuada cirurgia se deverá manter-se uma vigilância rigorosa. Esta abordagem é necessária para detetar qualquer crescimento ou extensão do tumor (designado por progressão) o mais cedo possível e prosseguir para a cirurgia.

As consultas de acompanhamento com o oncologista devem incluir

- Elaboração do historial, obtenção de informações sobre os sintomas e exame clínico. O médico ou dietista também se concentrará na dieta e em possíveis problemas nutricionais.
- Em alguns casos, o médico poderá pedir uma nova endoscopia* com uma possível biópsia, ou técnicas de imagiologia, como um esofagograma*, uma TAC* ou uma TEP*.

Retorno à vida normal

Pode ser difícil viver com a ideia de que o cancro pode recidivar. Com base no que é conhecido atualmente, não pode ser recomendada nenhuma forma específica de diminuir o risco de recidiva* após a conclusão do tratamento. Por causa do próprio cancro e também do tratamento, retornar a vida normal pode não ser fácil para algumas pessoas. Podem surgir dúvidas relativamente à imagem corporal, ao cansaço, ao trabalho, às emoções ou ao estilo de vida. Discutir estas dúvidas com os familiares, os amigos ou os médicos poderá ser útil. Algumas pessoas poderão também querer encontrar apoio de grupos de ex-doentes, ou linhas telefónicas de informação.

E se o cancro reincidir?

Se o cancro reincidir, é designado por recidiva*. O tratamento depende do local e da extensão da recorrência, bem como dos tratamentos que foram administrados anteriormente. O cancro pode reaparecer no esófago, ou noutra parte do corpo.

Se o cancro voltar ao esófago, este tipo de recidiva é muitas vezes tratado pela remoção do esófago. Se o doente não puder ser operado devido a outros problemas de saúde, o cancro poderá ser tratado com quimioterapia, radiação ou ambas.

Se o cancro reincidir localmente após a cirurgia, pode utilizar-se a radiação e/ou a quimioterapia. Se já foi administrada radiação antes, mais radiação é raramente uma opção. Se a quimioterapia foi administrada anteriormente, geralmente ainda é possível administrar mais quimioterapia. Por vezes, os mesmos fármacos que foram usados antes são novamente ministrados, mas muitas vezes são utilizados outros fármacos.

O cancro do esófago que reincide em outros órgãos ou tecido* deve ser tratado conforme é referido antes na parte intitulada "Plano de tratamento para a doença metastática* (estadio IV).

DEFINIÇÕES DE PALAVRAS DIFÍCEIS

5- fluorouracilo

Um fármaco utilizado para tratar sintomas de cancro do cólon, da mama, do estômago e do pâncreas. É também utilizado como um tipo de creme para tratar certas condições da pele. O 5-fluorouracilo impede as células de produzir ADN e pode matar as células cancerosas. É um tipo de antimetabolito. Também designado por 5-FU e fluorouracilo.

Acompanhamento

Monitorizar a saúde de uma pessoa ao longo do tempo, após o tratamento. Isto inclui manter o registo da saúde da pessoa que participa num estudo clínico, ou ensaio clínico durante um certo período de tempo, tanto durante o estudo, como após o fim do mesmo.

Anemia

Condição caracterizada pela falta de eritrócitos* ou hemoglobina; o ferro que contém a hemoglobina transporta o oxigénio dos pulmões para todo o corpo, sendo este processo diminuído nesta condição.

Anestesia

Estado reversível de perda de consciência, no qual o doente não sente dor, não tem reflexos normais e reage menos ao stress. É induzido artificialmente pelo emprego de certas substâncias conhecidas por anestésicos. Pode ser completa ou parcial e permite aos doentes serem submetidos a cirurgia.

Biopsia

A remoção de células ou tecido* para análise por um patologista*. O patologista pode estudar o tecido ao microscópio ou efetuar outros testes nas células ou tecido. Existem muitos tipos diferentes de procedimentos de biópsia. Os tipos mais comuns incluem: (1) biópsia incisional, em que apenas é removida uma amostra de tecido; (2) biópsia excisional, em que é removido um nódulo inteiro ou área suspeita; e (3) biópsia com agulha, em que é removida uma amostra de tecido ou fluido com uma agulha. Quando é utilizada uma agulha larga, o procedimento é designado por biópsia por fragmento. Quando é utilizada uma agulha fina, o procedimento é designado por punção aspirativa por agulha fina.

Cisplatina

Um fármaco utilizado para tratar muitos tipos de cancro. A cisplatina contém o metal platina. Mata as células cancerosas, danificando o seu ADN e impedindo-as de se dividirem. A cisplatina é um tipo de agente alquilante.

Cromossoma

Uma estrutura organizada que codifica os genes que constituem o código do corpo para características como a cor do cabelo ou o sexo. As células humanas têm 23 pares de cromossomas (num total de 46 cromossomas). As células cancerosas ou leucémicas possuem muitas vezes uma anomalia cromossómica que constitui uma alteração dos seus cromossomas, tais como uma duplicação cromossómica ou um cromossoma extra (47 cromossomas), ou ainda a eliminação ou perda de um cromossoma (45 cromossomas). Uma inversão cromossómica ou genética ocorre quando não são adicionados, nem eliminados cromossomas extra, mas ao invés, há uma porção invertida. Na palavra "bdrawkcas", o meio foi invertido.

Diafragma

O músculo fino entre os pulmões e o coração que separa o tórax do abdómen.

ECG/ eletrocardiograma

Um gráfico de linhas que mostra as alterações na atividade elétrica do coração ao longo do tempo. É efetuado com um instrumento designado por eletrocardiógrafo. O gráfico pode mostrar que há condições anormais, tais como artérias bloqueadas, alterações nos eletrólitos (partículas com cargas elétricas) e alterações na forma como as correntes elétricas atravessam o tecido cardíaco. Também designado por ECG.

Ecoendoscopia

Um procedimento em que é introduzido um endoscópio no corpo. Um endoscópio é um instrumento fino do tipo tubo que tem uma luz e uma lente para visualização. A sonda na extremidade do endoscópio é utilizada para fazer ressaltar ondas de som de alta energia (ultrassom) dos órgãos internos para tirar uma imagem (sonograma). Também designada por endossonografia e EUS.

Endoscopia/endoscópico

Um procedimento médico em que um médico introduz um instrumento tipo tubo no corpo para observá-lo por dentro. Existem muitos tipos de endoscopias, sendo cada uma delas concebida para observar uma certa parte do corpo.

Epirrubicina

Um fármaco utilizado em associação com outros para tratar o cancro da mama de estadió inicial que se disseminou para os gânglios linfáticos*. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A epirrubicina é um tipo de antibiótico do grupo das antraciclinas. Também designado por Ellence e cloridrato de epirrubicina.

Epitélio

O termo "epitélio" refere-se às células que revestem os órgãos e glândulas e que formam a superfície interna do corpo. As células epiteliais ajudam a proteger ou delimitar os órgãos. A maioria produz muco* ou outras secreções.

Eritrócitos

O tipo mais comum de glóbulo vermelho. É a substância que faz o sangue ser de cor vermelha. A principal função é o transporte de oxigénio.

Esofagograma

Uma série de imagens por radiografia do esófago tiradas após o doente ingerir um líquido contendo sulfato de bário (uma forma do elemento metálico branco prateado bário). O sulfato de bário reveste e delinea a parede interna do esófago, para que possa ser visto nas imagens da radiografia. Também designado por esofagograma de contraste.

Fator de risco

Algo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença. Alguns exemplos de fatores de risco para o cancro são a idade, um historial familiar de certos cancros, o consumo de produtos de tabaco, a exposição à radiação ou a certos químicos, a infeção por certos vírus ou bactérias e certas alterações genéticas.

FISH/Hibridização fluorescente in situ

Uma técnica utilizada por patologistas* para identificar alterações nos genes e cromossomas*. As alterações únicas aos genes e cromossomas podem ser detetadas pela FISH e ajuda um patologista a saber que tipo de leucemia tem um doente.

Gânglio linfático

Uma massa redonda de tecido linfático* que está rodeada por uma cápsula de tecido conjuntivo. Os gânglios linfáticos filtram a linfa e armazenam os linfócitos. Situam-se ao longo dos vasos linfáticos. Também designado por glândula linfática.

Gastroenterologista

Um médico especializado no diagnóstico e tratamento de perturbações do sistema digestivo.

Helicobacter pylori

Um tipo de bactéria que provoca inflamação e úlceras no estômago ou intestino delgado. As pessoas com infeções por *Helicobacter pylori* podem ter maior probabilidade de desenvolver cancro no estômago, incluindo o linfoma de MALT (tecido linfóide associado à mucosa). Também designado por *H. pylori*.

HER2

Uma proteína envolvida no crescimento normal das células. É encontrada em alguns tipos de células cancerosas, incluindo da mama e do ovário. As células cancerosas removidas do corpo podem ser testadas quanto à presença de HER2/neu para ajudar a decidir qual o melhor tipo de tratamento. HER2/neu é um tipo de recetor de tirosina quinase. Também designado por c-erbB-2, recetor EGF humano do tipo 2 e recetor de crescimento epidérmico humano do tipo 2.

Histopatologia

O estudo de células e tecidos doentes*, por meio de um microscópio.

Imuno-histoquímica

Imuno-histoquímica, ou IHC, refere-se ao processo de detetar antígenos (ex.: proteínas) nas células da secção de um tecido*, explorando o princípio de que os anticorpos se ligam especificamente a antígenos nos tecidos biológicos. Estes antígenos são visualizados por um marcador, tal como um corante fluorescente, uma enzima ou o ouro coloidal. A coloração imuno-histoquímica é amplamente usada no diagnóstico de células anormais, tal como as encontradas nos tumores.

Cancro do esófago: um guia para o doente -

Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO - v.2012.1

Página 27

Este documento é facultado pelo Anticancer Fund, com a permissão da ESMO.

A informação contida neste documento não substitui uma consulta médica. Destina-se apenas a utilização pessoal e não pode ser alterada, reproduzida, nem divulgada de nenhuma forma, sem o consentimento por escrito da ESMO e do Anticancer Fund.

Intravenosa

Em ou dentro de uma veia. Intravenosa geralmente refere-se à forma de administrar um fármaco ou outra substância através de uma agulha ou tubo inserido numa veia. Também designado por IV.

Lamina propria

Lamina propria é uma camada fina de tecido conjuntivo solto* que se encontra debaixo do epitélio* e junto com este constitui a mucosa*. O termo mucosa, ou membrana mucosa, refere-se sempre à combinação do epitélio e da lamina propria.

Medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (NSAID)

Um fármaco que diminui a febre, o inchaço, a dor e a vermelhidão. Também designado por NSAID.

Metástase/metástase(s)/metastático

A disseminação do cancro de uma parte do corpo para outra. Um tumor formado pelas células que se disseminaram designa-se um tumor metastático, ou uma metástase. O tumor metastático contém células que são semelhantes às do tumor original.

Muco

Muco é uma substância viscosa segregada pelas membranas mucosas que revestem muitas das superfícies internas do corpo. É composta por proteínas, enzimas antimicrobianas, anticorpos e sal. O muco serve para proteger as células do epitélio* nos sistemas respiratório, gastrointestinal, urinário, genital, visual e auditivo.

Mucosa

O revestimento interno húmido de alguns órgãos e cavidades corporais. As glândulas na mucosa produzem muco*. Também designada por membrana mucosa.

Muscularis Mucosae

Camada fina e profunda de fibras dos músculos lisos em algumas membranas mucosas (mucosa), bem como no trato digestivo. A muscularis mucosae separa as membranas mucosas de uma camada mais profunda de tecido designada por submucosa.

Nutricionista

O nutricionista é um profissional de saúde que dá aconselhamento sobre a forma como a alimentação e nutrição influenciam a saúde. Há quem utilize os termos "dietista" e "nutricionista" indiscriminadamente. Porém, há diferenças importantes entre os países, no que respeita à formação necessária para ser reconhecido como nutricionista ou dietista. Em alguns países, qualquer pessoa pode designar-se por perito em nutrição, mesmo que sejam totalmente autodidatas.

Patologista

Um médico especializado em histopatologia* que é o estudo de células e tecidos doentes, por meio de um microscópio.

Parecer multidisciplinar

Uma abordagem de planeamento do tratamento em que vários médicos especialistas em diferentes áreas (disciplinas) analisam e discutem a condição médica e as opções de tratamento de um doente. No tratamento do cancro, um parecer multidisciplinar pode incluir o de um oncologista médico (que trata o cancro por meio de fármacos), o de um oncologista cirúrgico (que trata o cancro por meio de cirurgia) e um radioterapeuta* (que trata o cancro por meio da radiação*). Também designado por conselho de avaliação do tumor.

Pericárdio

O pericárdio é um saco de parede dupla que envolve o coração e as raízes dos grandes vasos sanguíneos. Possui várias funções. Mantém o coração contido na cavidade torácica e também evita que o coração se expanda em demasia, quando o volume de sangue aumenta. Dentro do pericárdio reside a cavidade pericárdica. Esta cavidade está repleta de fluido pericárdico que reduz a fricção entre as membranas pericárdicas.

Plaquetas sanguíneas

Pequenos fragmentos de células que desempenham um papel fundamental na formação de coágulos. Os doentes com baixa contagem de plaquetas correm risco de grave hemorragia. Os doentes com alta contagem correm risco de trombose; a formação de coágulos que pode bloquear os vasos sanguíneos e resultar num AVC ou outras condições graves, correndo também o risco de grave hemorragia, devido à disfunção plaquetária.

Pleura

Uma camada fina de tecido* que cobre os pulmões e reveste a parede interna da cavidade torácica. Protege e condiciona os pulmões. Este tecido segrega uma pequena quantidade de fluido que atua como lubrificante, permitindo aos pulmões moverem-se naturalmente na cavidade torácica durante a respiração.

Prognóstico

O resultado provável ou curso de uma doença; a probabilidade de recuperação ou recidiva*.

Quimio-radioterapia

Tratamento que combina quimioterapia com radioterapia.

Quimioterapia

Um tipo de tratamento do cancro, utilizando fármacos que matam as células cancerosas e/ou limitam o seu crescimento. De acordo com a localização do cancro, estes fármacos são geralmente administrados ao doente por infusão lenta numa veia, podendo também ser administrados oralmente, por perfusão direta no membro, ou ainda por perfusão no fígado.

Radiografia

As radiografias constituem uma forma de radiação usada para captar imagens do interior dos objetos. Na medicina, as radiografias são geralmente utilizadas para captar imagens do interior do corpo.

Radioterapia

Uma terapia em que é utilizada a radiação no tratamento do cancro, sempre orientada para a área específica do mesmo.

Recidiva

Cancro ou doença (geralmente, autoimune) que reincidiu, geralmente após um período de tempo durante o qual o cancro ou doença não estava presente ou não pôde ser detetado. Isto pode acontecer no mesmo local que o tumor original (primário), ou em outro local no corpo. Também designado por cancro ou doença recidivada.

Refluxo gastroesofágico

O fluxo de retorno dos conteúdos ácidos do estômago para o esófago (o tubo que liga a boca ao estômago). Também designado por refluxo esofágico, refluxo gástrico ou refluxo ácido.

Síndrome de Plummer-Vinson

Um distúrbio marcado pela anemia provocada pela deficiência em ferro e por um crescimento do tipo rede de membranas na garganta, o que dificulta a deglutição. Ter a síndrome de Plummer-Vinson pode aumentar o risco de desenvolver cancro do esófago. Também designada por síndrome de Paterson-Kelly e disfagia sideropénica.

Submucosa

No tubo gastrointestinal, a submucosa é a camada de tecido conjuntivo irregular e denso* ou tecido conjuntivo solto que suporta a mucosa*, bem como une esta à parte principal do músculo liso subjacente (fibras que se movem de forma circular nas camadas de músculo longitudinal).

TAC (Tomografia axial computadorizada)

Uma forma de radiografia na qual os órgãos do corpo são analisados com raios X* e os resultados são sintetizados por um computador para gerar imagens de partes do corpo.

Tecido

Um grupo ou camada de células que trabalham em conjunto para desempenhar uma função específica.

TEP (Tomografia por emissão de positrões)

Um procedimento em que uma pequena quantidade de glicose radioativa (açúcar) é injetada numa veia e um scanner é utilizado para gerar imagens computadorizadas detalhadas de áreas dentro do corpo onde a glicose é utilizada. Como as células cancerosas muitas vezes utilizam mais glicose do que as células normais, as imagens podem ser utilizadas para encontrar células cancerosas no corpo. Também designada por tomografia por emissão de positrões.

Terapia dirigida

Um tipo de tratamento que utiliza fármacos ou outras substâncias, tais como anticorpos monoclonais, para identificar e atacar células cancerosas específicas. A terapia dirigida pode ter menos efeitos secundários do que outros tipos de tratamentos para o cancro.

Terapia sistémica

Tratamento que utiliza substâncias que percorrem a corrente sanguínea, alcançando e afetando células por todo o corpo. A quimioterapia e imunoterapia são exemplos de terapia sistémica.

Tilose

Um distúrbio genético marcado pela hiperqueratose (calosidades) das palmas e solas, bem como manchas anormais de tecido branco na boca, conhecido por leucoplasia oral.

Tipo histológico

A categoria em que um tumor é agrupado, considerando as características das suas células e outras estruturas ao microscópio.

Trastuzumab

Trastuzumab é um anticorpo monoclonal. Trastuzumab foi concebido para se ligar ao HER2*. Ao ligar-se ao HER2, trastuzumab ativa as células do sistema imunitário que depois matam as células tumorais. Trastuzumab também impede o HER2 de produzir sinais que fazem crescer as células tumorais. Cerca de um quarto dos cancros da mama e um quinto dos cancros gástricos têm um excesso de HER2.

Trombose venosa profunda

A formação de um coágulo numa veia profunda da perna ou pélvis inferior. Os sintomas podem incluir dor, inchaço, calor e vermelhidão na área afetada. Também designada por DVT.

Os Guias para o Doente da Esmo / Anticancer Fund foram concebidos para ajudar os doentes, suas famílias e seus cuidadores a entender a natureza dos vários tipos de cancro e avaliar quais são as melhores opções de tratamento disponíveis. As informações médicas contidas nos Guias para o Doente baseiam-se nas Diretrizes para a Prática Clínica da Esmo, que foram criadas para orientar os oncologistas na elaboração do diagnóstico, no acompanhamento e no tratamento dos vários tipos de cancro. Estes guias são produzidos pela Anticancer Fund em colaboração direta com o Grupo de Trabalho para Diretrizes da Esmo e com o Grupo de Trabalho para o Doente de Cancro da Esmo.

Para obter mais informações acesse: www.esmo.org
e www.anticancerfund.org

