

NEOPLASIA DE ESÔFAGO

Rodrigo Bordin Trindade

INTRODUÇÃO

- Ca de esôfago 3ª malignidade do TGI
- Entre os 10 mais prevalentes no mundo
- Taxa de sobrevida em 5 anos – 57-78% para diagnóstico precoce
 - Doença avançada – péssimo prognóstico
- Embora a TC seja o primeiro método de estadiamento não deve ser usado isoladamente
- Atualmente estadiamento = TC + US endoscópico + PET
- Estadiamento = TNM

HISTOLOGIA

**Carcinoma de células
escamosas (CCE)**

90%

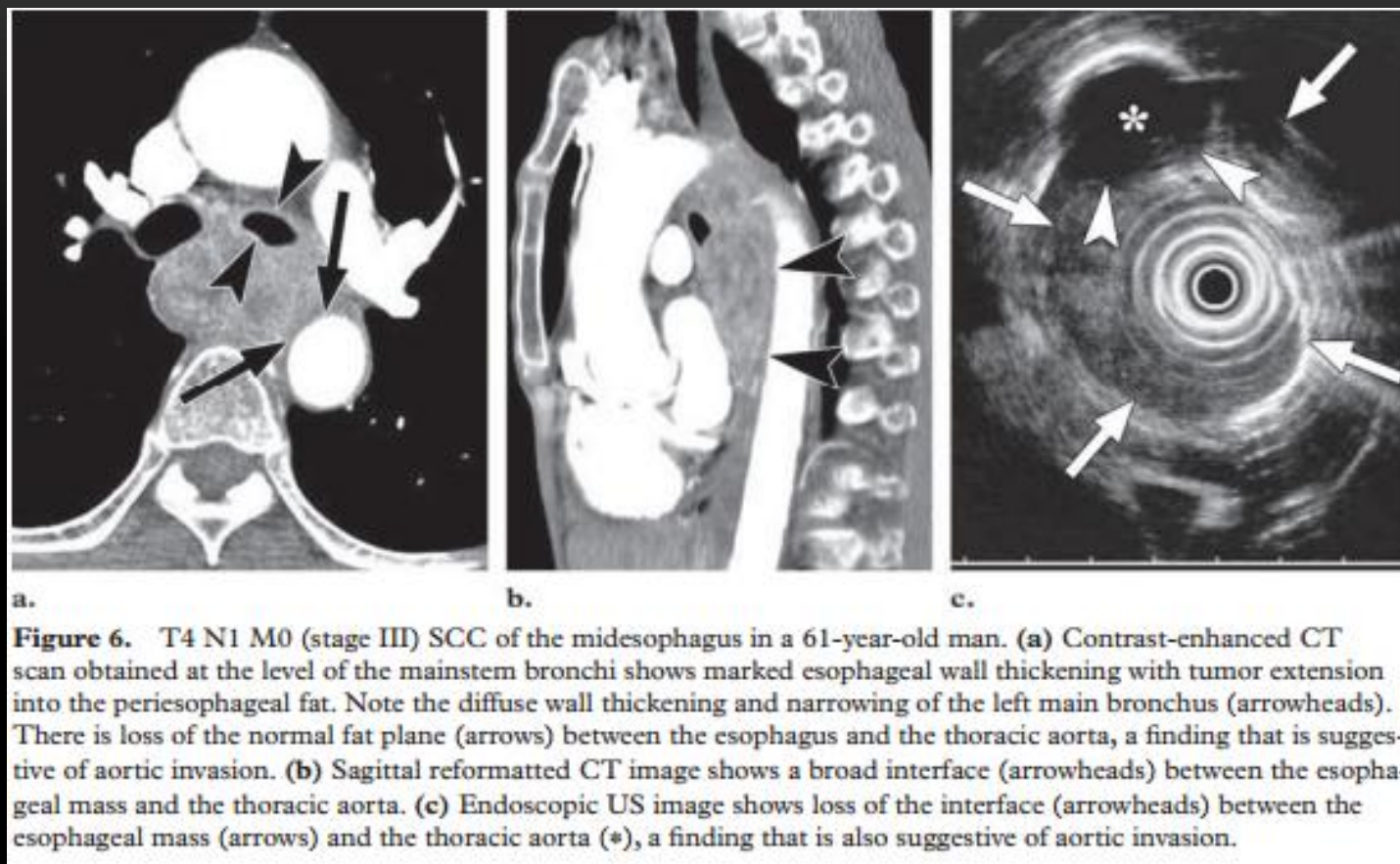
Adenocarcinoma

FORMAS DE DISSEMINAÇÃO

- Neoplasia notoriamente agressiva
 - Invasão local, regional e estruturas distantes
- Extensão direta
 - Adventícia – lamina fina de tecido conjuntivo – sem barreira a extensão local
 - Traqueia, tireoide, laringe, bronquio, aorta, pericardio, pulmão e diafragma
- Linfática
 - Dois plexos linfáticos : mucosa e camada muscular
- Hematogênica
 - Fígado>pulmão>ossos>adrenal>rins>cérebro
- Neoplasia notoriamente agressiva
 - Invasão local, regional e estruturas distantes
- Extensão direta
 - Adventícia – lamina fina de tecido conjuntivo – sem barreira a extensão local
 - Traqueia, tireoide, laringe, bronquio, aorta, pericardio, pulmão e diafragma
- Linfática
 - Dois plexos linfáticos : mucosa e camada muscular
- Hematogênica
 - Fígado>pulmão>ossos>adrenal>rins>cérebro

CRITÉRIOS INVASÃO LOCAL (T4)

- A – Perda do plano gorduroso entre o tumor e estruturas adjacentes do mediastino
- B- Deslocamento e indentação de outras estruturas mediastinais
 - Invasão aórtica sugerida quando mais de 90° ou mais em contato com tumor (Picus) ou se houver obliteração da gordura do triângulo esôfago-aorta-coluna
- Fístula traqueobronquica é definida como invasão tumoral
- Indentação posterior da traqueia ou brônquios é sugestiva de invasão tumoral
- Espessamento pericárdico
- CUIDADO : pacientes caquéticos e RT prévia



- IMPORTANTE
 - Na avaliação tumoral com TCMD – reconstrução 3D – margem da lesão
 - Cirurgia curativa – 8-10 cm acima da margem superior e 5 cm abaixo

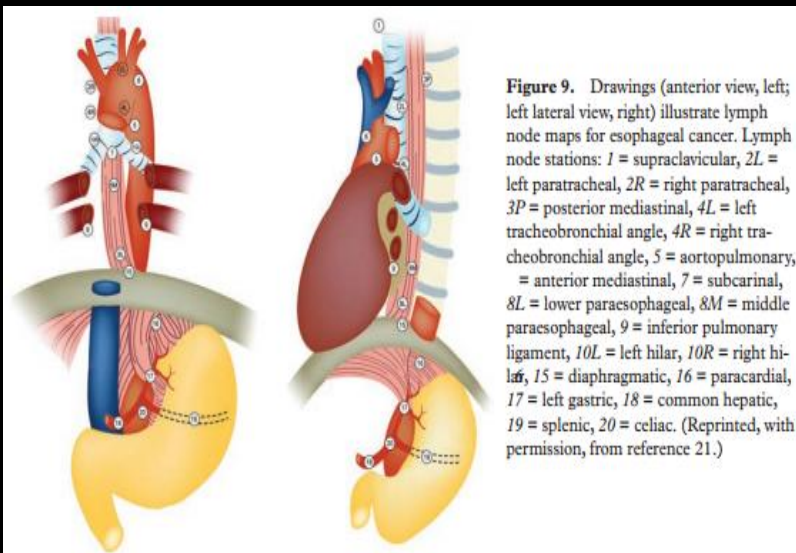
T - US ENDOSCÓPICO

- Considerado mais acurado método para estadimento tamanho primário
- Visualiza as camadas esofágicas para determinação do grau de invasão
 - 1- Hiperecóico – interface balão –mucosa
 - 2- Hipoecóico – lamina própria e muscular da mucosa
 - 3- Hiperecóico - Submucosa
 - 4- Hipoecóico – Muscular própria
 - 5- Hiperecóico – Interface adventícia – estruturas adjacentes
- T1m / T1sm
- Estudo comparativo TC x US endoscópico este demonstrou ser mais acurado
 - 76%-89% x 49-59%

LINFONODOS

LINFONODOS REGIONAIS - N

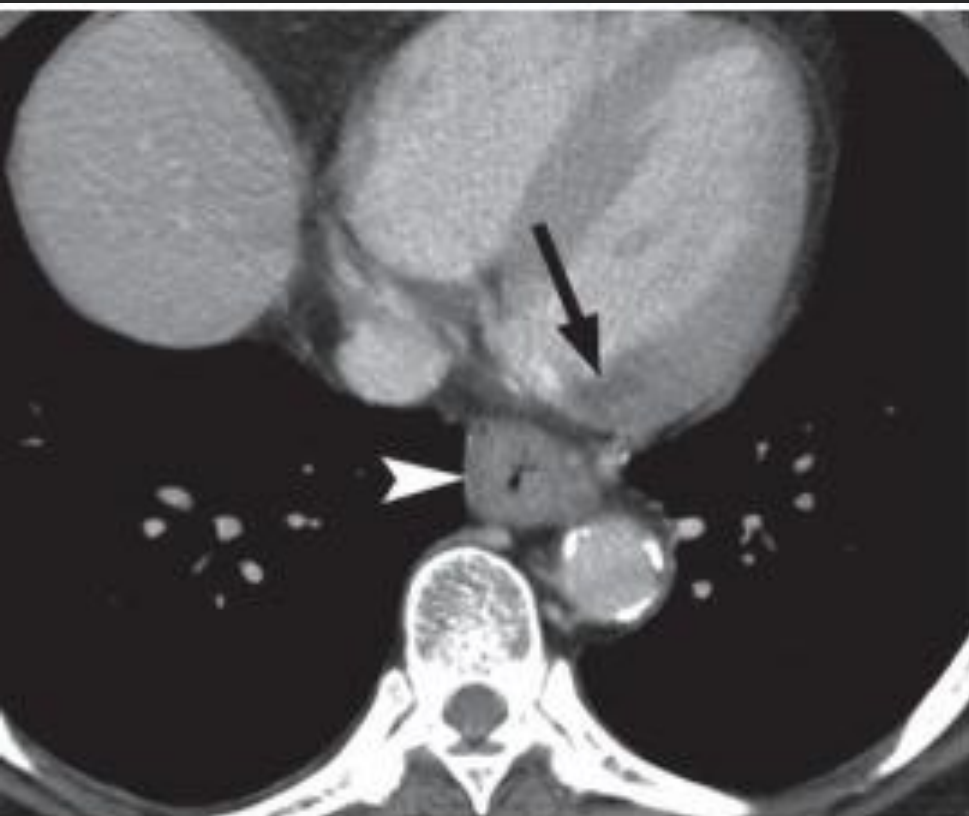
- Presente (N1) ou ausente (N0)
- Tumores proximais – linfonodos cervicais M1a
- Tumores terço medial – cervical ou celíacos M1b
- Tumores distais – celíacos M1a



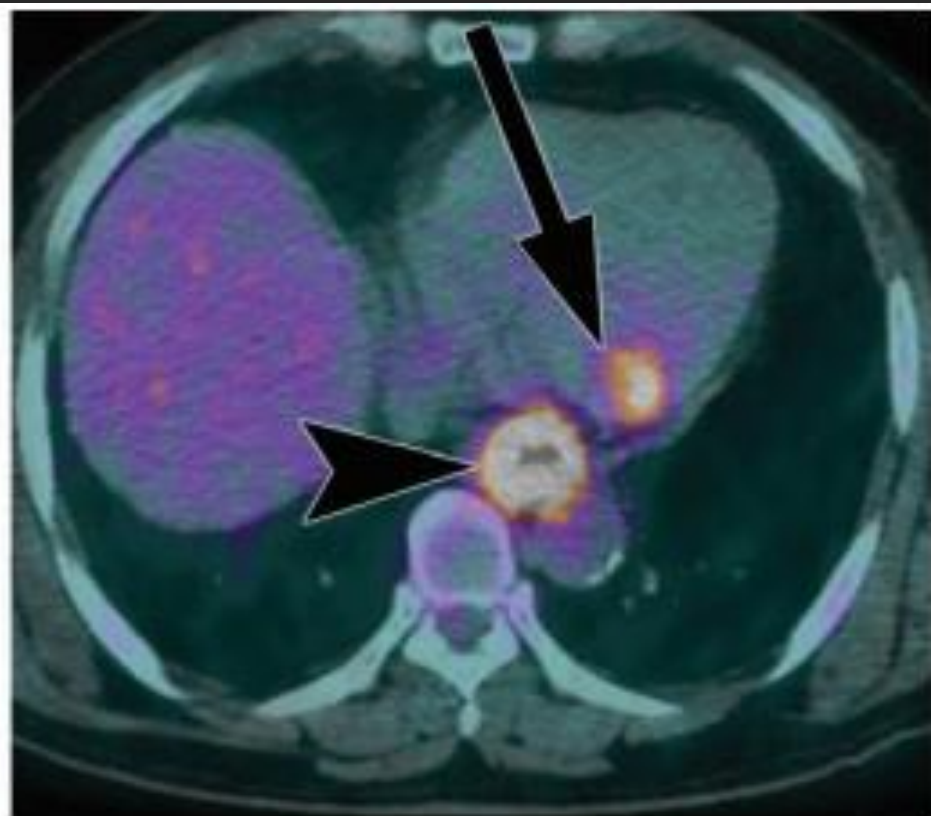
- TC
 - Com 1,0 cm no menor diâmetro são patológicos
 - Sensibilidade 30-60% / especificidade 60-80%
 - Baixa sensibilidade diagnóstica mesmo para LND de tamanho normal
- US endoscópico
 - Mesmo critério de tamanho + homogêneo + hipoecoico – 100%
 - Homogeneidade + hipoecogenicidade + bordas lisas 72-80% sensibilidade quando comparada à TC (46-58%)
 - Permite PAAF
- PET
 - Demonstra linfonodos não suspeitos com captação aumentada
 - Desvantagem: alta captação pelo tumor primário obscurece linfonodos regionais
 - Baixa sensibilidade regional
 - Alta sensibilidade (90%) linfonodos distantes (M1)

METÁSTASES - M

- Detecção precoce importante para determinar operabilidade
- Metástases à distancia são encontradas na apresentação inicial em 20-30% dos casos.
 - M1a maior sobrevida que M1b
 - M1a pode-se tentar QT neoadjuvante
 - M1b contraindica cirurgia
 - Fígado>Pulmão>Ossos
- TC
 - Tem papel definido na avaliação de metástases
 - Sensibilidade para massas >1cm = 90%
 - Pacientes com lesão conhecida
 - 50% das lesões <1,5cm e 12% lesões <1cm são metástases
 - TC com contraste
- FDG – PET
 - Principal indicação
 - Obrigatório após estadio T e N mesmo se TC não demonstrar M, para avaliação pré-op (exceto T1N0)
 - Mais acurada que TC para esta finalidade



a.



b.

Figure 14. Unsuspected cardiac metastasis detected at initial staging with PET/CT in a patient with SCC. (a) Contrast-enhanced CT scan shows circumferential wall thickening in the lower esophagus (arrowhead), a finding that is consistent with esophageal cancer. There is also a suspect low-attenuation lesion in the posterior wall of the left ventricle (arrow), a finding that was missed at initial interpretation. (b) Fused PET/CT image shows intense FDG uptake by the primary tumor (arrowhead) and an unexpected additional focus of FDG uptake in the left ventricle (arrow), a finding that is consistent with metastasis.

CONCLUSÃO

- Estadiamento de neoplasia de esôfago inclui os 3 métodos complementares
- TC screening inicial / excluir T4 / Avalia N e M
- US endoscopico – avaliar T, pouco N, não avalia M
- FDG PET – pouco valor para T, importante para N e M