

NEOPLASIA DE ESÔFAGO

Rodrigo Bordin Trindade

INTRODUÇÃO

- Ca de esôfago 3ª malignidade do TGI
- Entre os 10 mais prevalentes no mundo
- Taxa de sobrevivência 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 bronquios é sugestiva de invasão tumoral
- Espessamento pericárdico
- CUIDADO : pacientes caquéticos e RT prévia

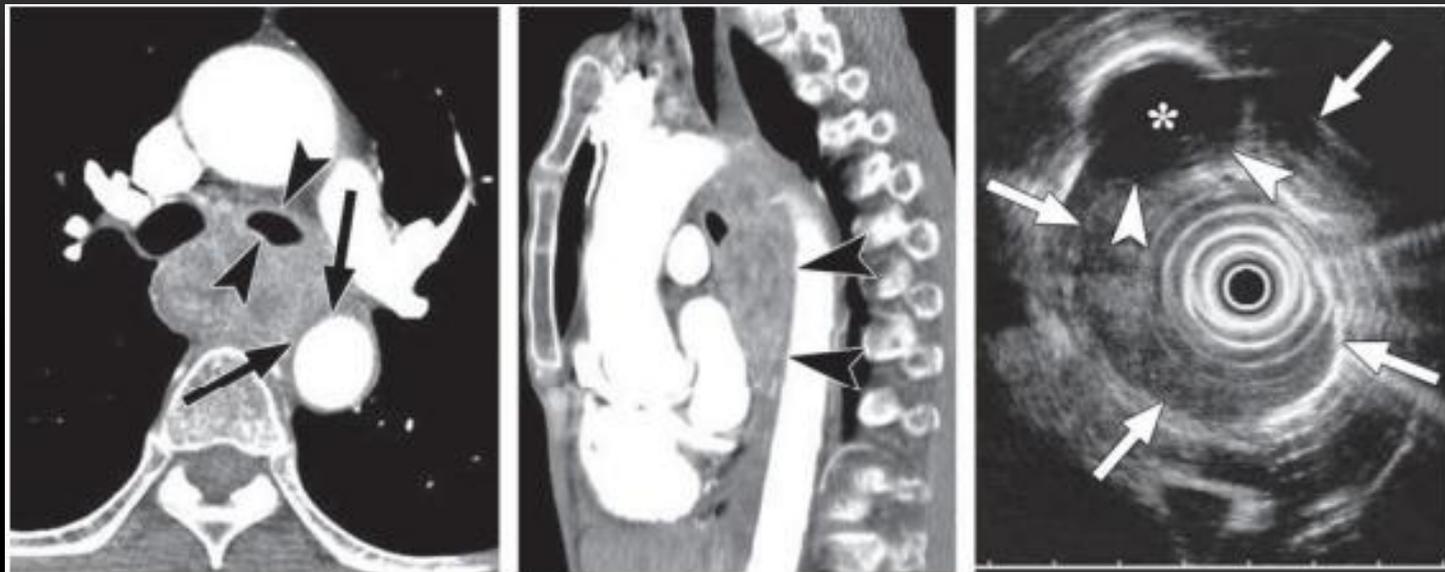


Figure 6. T4 N1 M0 (stage III) SCC of the midesophagus in a 61-year-old man. **(a)** Contrast-enhanced CT scan obtained at the level of the mainstem bronchi shows marked esophageal wall thickening with tumor extension into the periesophageal fat. Note the diffuse wall thickening and narrowing of the left main bronchus (arrowheads). There is loss of the normal fat plane (arrows) between the esophagus and the thoracic aorta, a finding that is suggestive of aortic invasion. **(b)** Sagittal reformatted CT image shows a broad interface (arrowheads) between the esophageal mass and the thoracic aorta. **(c)** Endoscopic US image shows loss of the interface (arrowheads) between the esophageal mass (arrows) and the thoracic aorta (*), a finding that is also suggestive of aortic invasion.

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

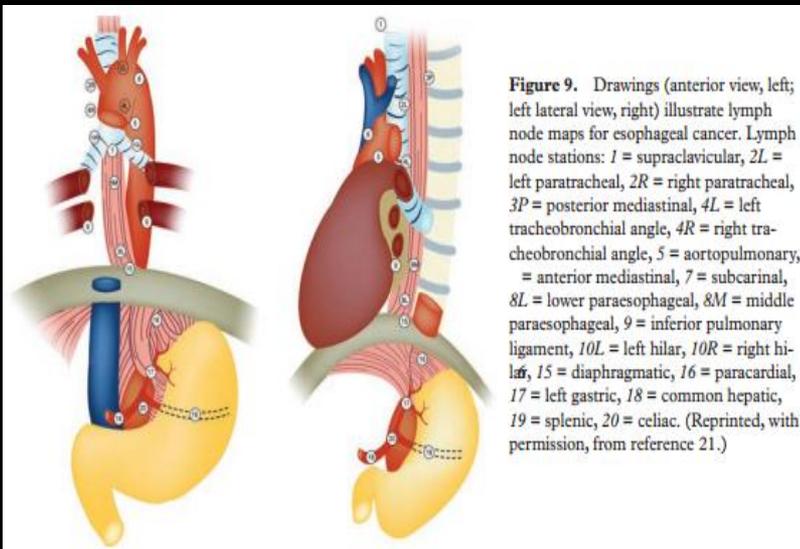
T - US ENDOSCÓPICO

- Considerado mais acurado método para estadimento tamanho primário
- Visualiza as camadas esofágicas para determinação do grau de invasão
 - 1- Hiperecótico – interface balão –mucosa
 - 2- Hipoecótico – lamina própria e muscular da mucosa
 - 3- Hiperecótico - Submucosa
 - 4- Hipoecótico – Muscular própria
 - 5- Hiperecótico – 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

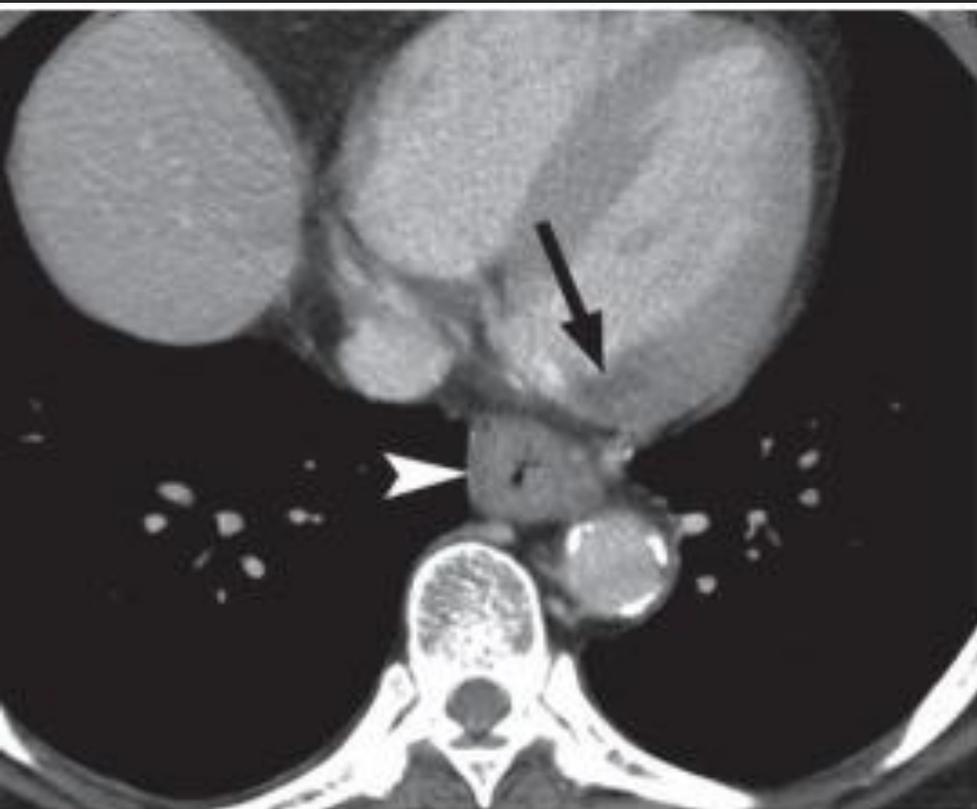
- Presente (N1) ou ausente (N0)
- Tumores proximais – linfonodos cervicais M1a
- Tumores terço medial – cervical ou celíacos M1b
- Tumores distais – celíacos M1a



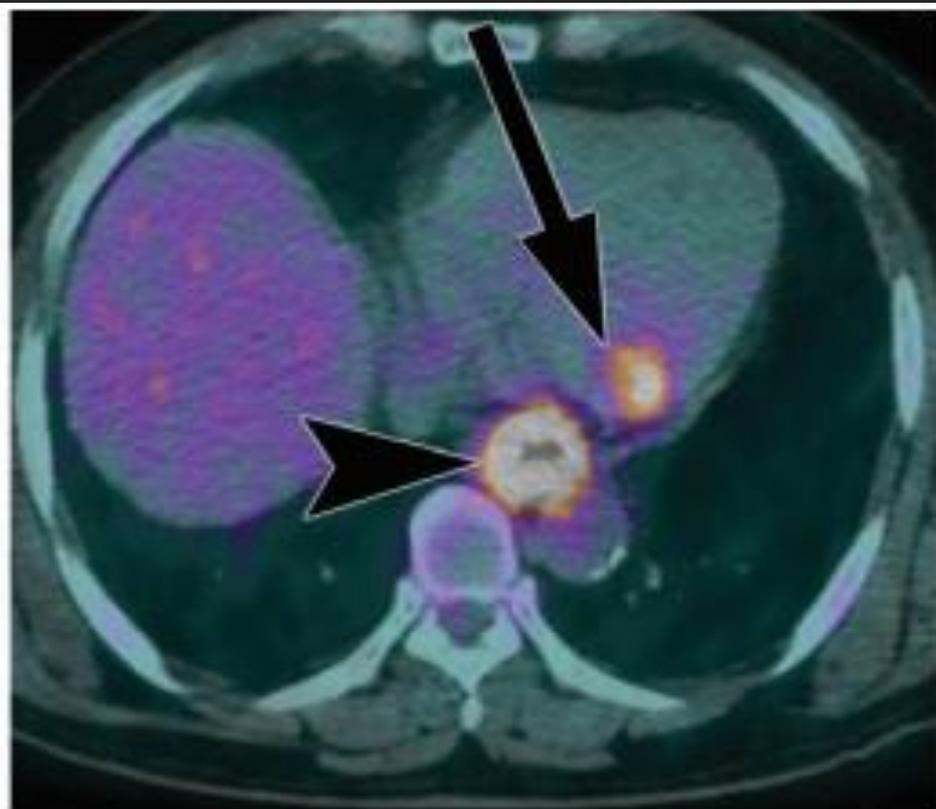
- TC
 - Com 1,0 cm no menor diâmetro são patológicos
 - Sensibilidade 30-60% / especificidade 60-80%
 - Baixa sensibilidade diagnóstica mesmo para LND de tamanho normal
- US endoscópico
 - Mesmo critério de tamanho + homogêneo + hipoecoico – 100%
 - Homogeneidade + hipoecogenicidade + bordas lisas 72-80% 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 endoscópico – avaliar T, pouco N, não avalia M
- FDG PET – pouco valor para T, importante para N e M