

## **CÂNCER DE ESÔFAGO**

No Brasil, o câncer de esôfago (tubo que liga a garganta ao estômago) é o 6º entre mais frequente entre os homens e 15º entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma). O tipo de câncer de esôfago mais frequente é o carcinoma epidermoide escamoso, responsável por 96% dos casos. Outro tipo, o adenocarcinoma, vem aumentando significativamente.

Na sua fase inicial, o câncer de esôfago não apresenta sinais. Porém, com o progresso da doença, alguns sintomas são característicos, como dificuldade ou dor ao engolir, dor retroesternal (atrás do osso do meio do peito), dor torácica, sensação de obstrução à passagem do alimento, náuseas, vômitos e perda do apetite.

Na maioria das vezes, a dificuldade de engolir (disfagia) já sinaliza doença em estado avançado. A disfagia progride de alimentos sólidos até pastosos e líquidos. A perda de peso pode chegar até 10% do peso corporal.

Pessoas que sofrem de acalasia, tilose, refluxo gastroesofágico, síndrome de Plummer-Vinson e esôfago de Barrett têm mais chances de desenvolver o tumor. Por isso, devem procurar o médico regularmente para a realização de exames.

A detecção precoce é muito importante, já que a doença é bastante agressiva, devido ao esôfago não possuir membrana. Com isso, há infiltração das células cancerosas nas estruturas vizinhas ao órgão, disseminação para os gânglios linfáticos e metástases (surgimento da doença em órgãos distantes) com grande frequência.

O diagnóstico é feito através da endoscopia digestiva (exame de imagem que investiga o interior do tubo digestivo), de estudos citológicos (das células) e de métodos com colorações especiais. Com o diagnóstico precoce, as chances de cura atingem 98%. Na presença de disfagia (dificuldade de engolir) para alimentos sólidos é recomendado estudo radiológico contrastado e também endoscopia com biópsia ou citologia para confirmação.

Cirurgia, radioterapia e quimioterapia, de forma isolada ou combinadas, de acordo com a avaliação médica. Para tumores iniciais pode ser indicada a ressecção endoscópica (retirada do tumor com acesso pela boca, sem necessidade de cortes). No entanto, este tipo de tratamento é bastante raro.

Na maioria dos casos, a cirurgia está indicada. Dependendo da extensão da doença, o tratamento pode ser unicamente paliativo (sem finalidade curativa), através de quimioterapia ou radioterapia.

No leque de cuidados paliativos também dispõe-se de dilatações com endoscopia, colocação de próteses autoexpansivas (para impedir o estreitamento do esôfago) e braquiterapia (radioterapia com sementes radioativas).

Fonte: INCA (Instituto Nacional de Câncer)