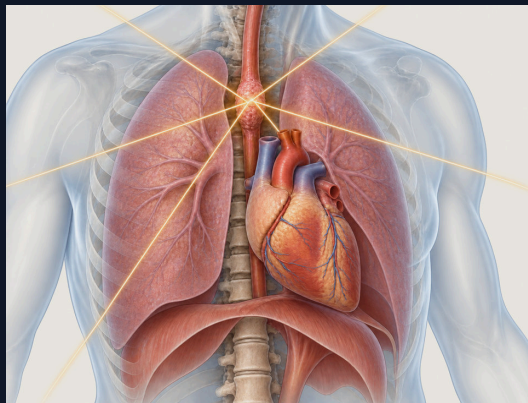

Câncer de esôfago quando a cirurgia não é possível

Os tratamentos, o alívio para engolir e o cuidado que acompanha



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Câncer de esôfago quando a cirurgia não é possível

Os tratamentos, o alívio para engolir e o cuidado que acompanha

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 1008
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. Antes de começar	4
1.1 Para quem é este guia	4
1.2 Como usar	4
1.3 Uma segunda opinião	5
2. Por que a operação não é o caminho	6
2.1 A doença que se espalhou	6
2.2 O tumor que invade a vizinhança	7
2.3 O corpo que não aguentaria a operação	8
3. Quando a radioquimioterapia ocupa o lugar da cirurgia	10
3.1 O que é e para quem	10
3.2 Quanto tempo dura	11
3.3 O que os estudos mostraram, e o preço	11
3.4 Se a doença sobra ou volta	13
4. Quando a doença se espalhou: o tratamento que controla	14
4.1 O que o laudo do tumor orienta	14
5. Voltar a engolir	17
5.1 A prótese	17
5.2 A radioterapia para o engolir	18
5.3 A sonda	19
6. Comer, peso e força	21
6.1 A comida no dia a dia	21
6.2 A sonda de alimentação	22
7. Cuidados paliativos desde o começo	24
8. Sinais de alerta em três níveis	26
9. Quem cuida de quê, e quando o cirurgião entra	29
10. Perguntas para levar à consulta	31
Glossário	33
Referências	36
Sobre o autor	39
Transparência e licenças	40

Antes de começar

EM UMA FRASE

Para quem ouviu que a operação não é o caminho e quer saber o que vem no lugar dela.

1.1 Para quem é este guia

Você ouviu da equipe que a operação não é o caminho para o câncer de esôfago. A frase pesa.

Este guia parte de uma ideia simples: não operar não quer dizer não tratar. Existe tratamento para a doença. Também há caminhos para voltar a engolir, e uma equipe inteira para cuidar dos sintomas ao lado do oncologista clínico, que é quem prescreve os remédios. Nada aqui substitui a conversa com a sua equipe.

1.2 Como usar

A Tabela 1.1 mostra onde está cada assunto. Os números dos estudos vêm em frequência natural, do tipo “tantas pessoas em cada 100”, com quem foi estudado e por quanto tempo. Eles falam de grupos. Nenhum diz o que vai acontecer com você.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE GUIA

CAPÍTULO	A PERGUNTA QUE ELE RESPONDE
2. Por que a operação não é o caminho	Por que a equipe decidiu não operar?
3. Quando a radioquimio-terapia ocupa o lugar da cirurgia	O que se faz quando a doença está só na região do esôfago?
4. Quando a doença se espalhou	Que tratamento controla a doença que chegou a outros órgãos?
5. Voltar a engolir	Como a comida volta a passar?
6. Comer, peso e força	Como comer e manter o peso?
7. Cuidados paliativos desde o começo	Quem cuida dos sintomas, do sofrimento e da família?
8. Sinais de alerta em três níveis	Quando é pronto-socorro?
9. Quem cuida de quê	Com quem falar, e quando o cirurgião entra?
10. Perguntas para levar à consulta	O que perguntar, e o que ler em seguida?

1.3 Uma segunda opinião

Você pode pedir uma segunda opinião antes de começar; peça à equipe a cópia dos laudos e das imagens. Um aviso vale desde já. Quem não consegue engolir nem a própria saliva precisa do pronto-socorro ou do 192, na hora.

O primeiro passo é entender por que a operação não é o caminho.

Por que a operação não é o caminho

EM UMA FRASE

A decisão de não operar sai da reunião da equipe e tem razões que podem ser explicadas.

Diante de um tumor no esôfago, a pergunta que começa a conversa é justa: por que não tirá-lo? A Figura 2.1 lembra o ponto de partida.



FIGURA 2.1

O ponto de partida: o esôfago aberto no comprimento, com a parede em corte, e o tumor que nasce do forro e estreita a passagem do alimento. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A operação que retira o trecho doente se chama esofagectomia. Ela é grande. Em três situações, ela não ajudaria.

2.1 A doença que se espalhou

A primeira é a doença que chegou a outros órgãos. Células do tumor viajam pelo sangue ou pela linfa e formam focos à distância, as metástases da Figura 2.2. A linfa é um líquido

que corre em vasos finos. Tirar o esôfago deixaria esses focos para trás. O tratamento precisa circular pelo corpo inteiro.

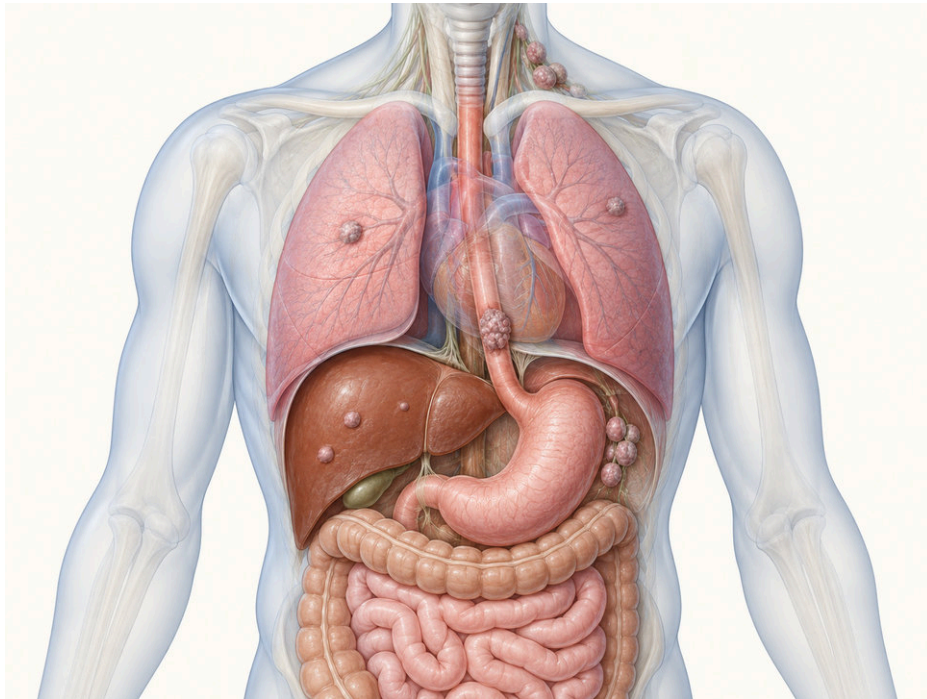


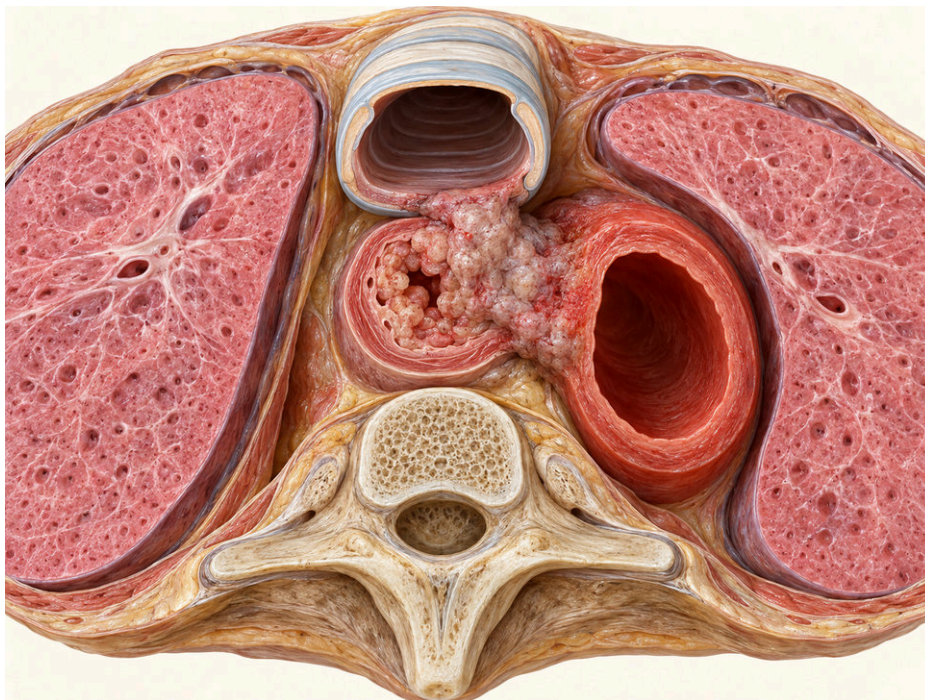
FIGURA 2.2

A doença que se espalhou, num tronco em transparência: o tumor no fim do esôfago e poucos nódulos pequenos no fígado, nos pulmões, junto ao estômago e acima da clavícula. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

2.2 O tumor que invade a vizinhança

A segunda é o tumor que atravessou toda a parede do esôfago e invadiu uma estrutura vizinha que não pode ser retirada junto com ele, como a traqueia, a aorta ou a coluna. A Figura 2.3 mostra um deles entrando na traqueia e encostando na aorta. A classificação chama esse tumor de T4b. Quando a estrutura invadida pode sair junto, a equipe avalia a operação. No T4b, a radioquimioterapia, que junta radioterapia e quimioterapia, ocupa o lugar da cirurgia.

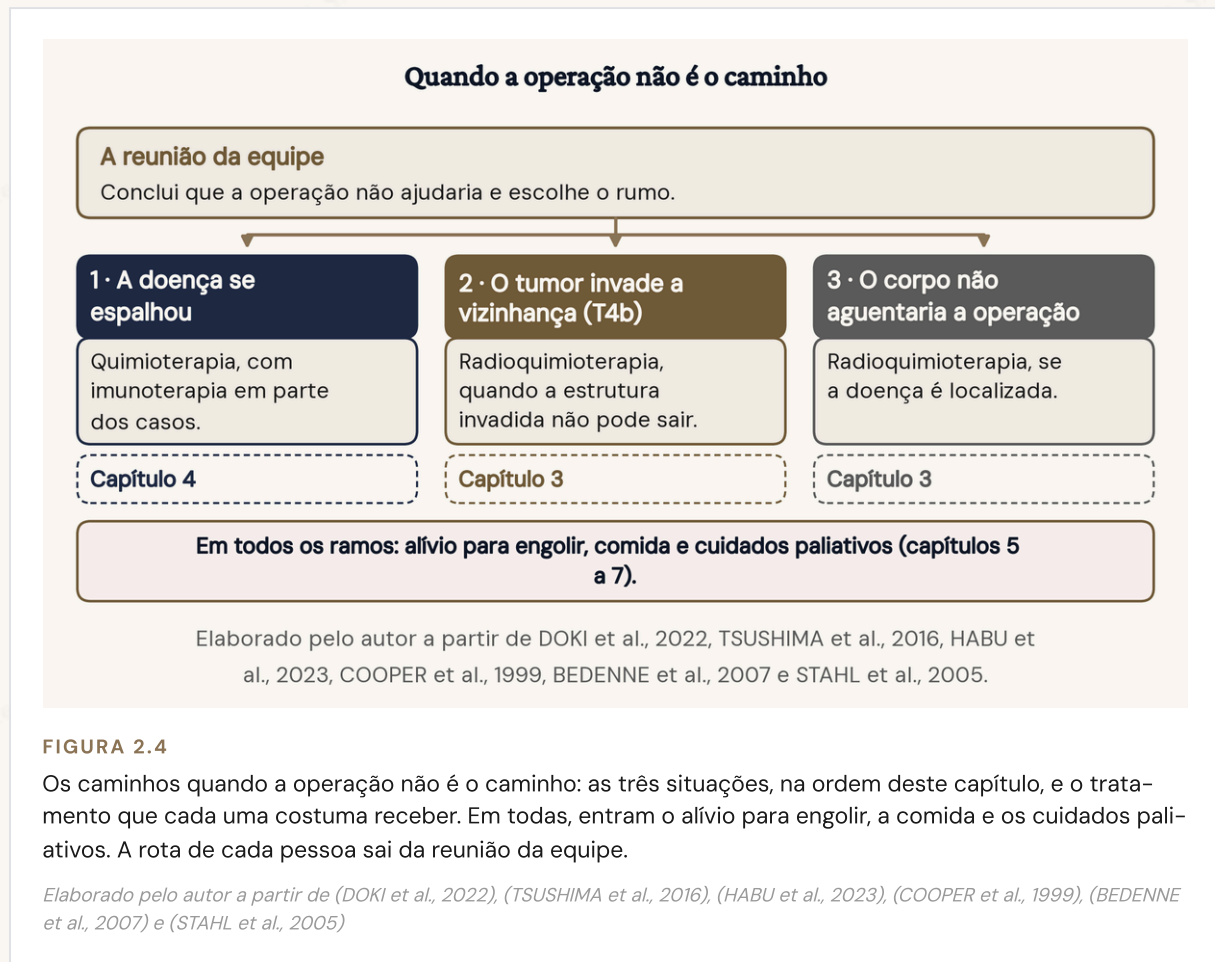
**FIGURA 2.3**

O tumor que invade a vizinhança, num corte do tórax: a traqueia à frente, o esôfago tomado pelo tumor logo atrás, a aorta ao lado e a coluna atrás. O tumor atravessa a parede, entra na traqueia e encosta na aorta. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

2.3 O corpo que não aguentaria a operação

A terceira depende do corpo. A esofagectomia pede semanas de recuperação, e a equipe mede essa força com exames do coração, do pulmão e da nutrição. Mesmo em quem poderia ser operado, os ensaios de 2005 e 2007 que compararam os dois caminhos registraram mais mortes com a operação; o capítulo 3 traz os números. Quando o risco supera o ganho, a equipe propõe outro caminho. A Figura 2.4 junta as três situações. O caso volta à mesa a cada etapa.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz europeia de 2022 trata do câncer de esôfago do diagnóstico ao seguimento (OBERMANNOVÁ et al., 2022).

Fonte: OBERMANNOVÁ et al., 2022

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual das três situações explica a decisão no meu caso?
- Quando o meu caso volta à reunião da equipe, e com quais exames?

Quando a doença está só na região do esôfago, a radioquimioterapia ocupa o lugar da cirurgia.

Quando a radioquimioterapia ocupa o lugar da cirurgia

EM UMA FRASE

Na doença só na região do esôfago, radioterapia e quimioterapia juntas ocupam o lugar da operação.

Quando a operação sai do caminho e a doença está só na região do esôfago, o tratamento principal passa a ser a radioquimioterapia, também chamada de quimiorradioterapia.

3.1 O que é e para quem

A radioterapia age só onde é aplicada. Na Figura 3.1, num tumor do meio do esôfago, feixes de várias direções se cruzam sobre ele, e o que está em volta recebe menos. A quimioterapia corre pelo sangue ao mesmo tempo. Uma reforça a outra.

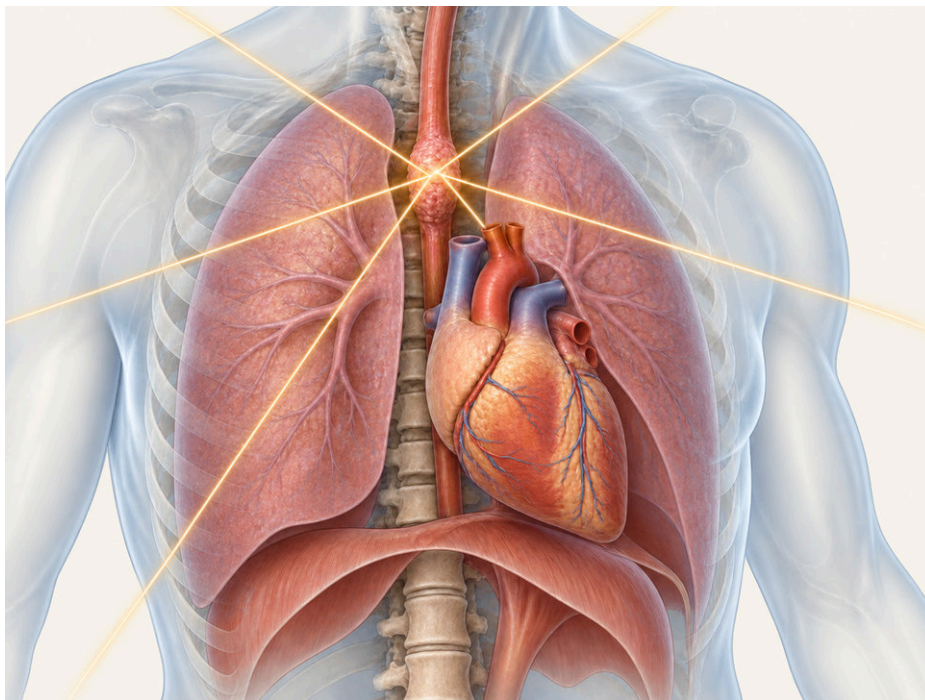


FIGURA 3.1

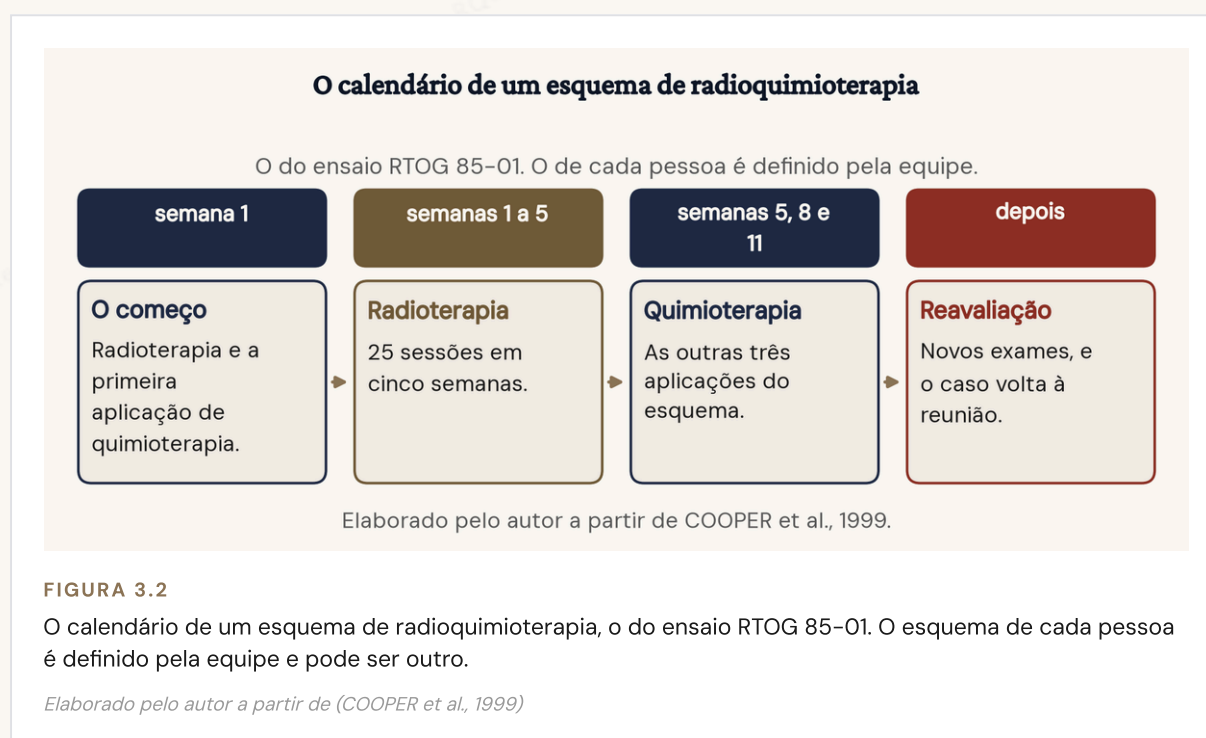
A radioterapia mirando o tumor: num tórax em transparência, feixes finos vindos de várias direções se cruzam sobre um tumor do meio do esôfago, e o que está em volta recebe menos. Ilustração didática, que não representa o plano de tratamento de uma pessoa.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

O tratamento serve a dois grupos: ao tumor T4b, sem doença em órgãos distantes, e às pessoas com a doença localizada que não aguentariam a operação. O câncer de esôfago tem dois tipos principais: o carcinoma epidermoide nasce das células achatadas do forro; o adenocarcinoma, das que fabricam muco. Os estudos do T4b citados eram de carcinoma epidermoide.

3.2 Quanto tempo dura

A Figura 3.2 mostra o calendário de um ensaio clássico, o RTOG 85-01, com 25 sessões de radioterapia em cinco semanas e quimioterapia em quatro semanas, da primeira à 11ª.



3.3 O que os estudos mostraram, e o preço

O tratamento cobra o seu preço. A esofagite, que é a inflamação do forro do esôfago, pode fazer o engolir doer por um tempo, e as defesas do sangue podem cair. A fístula abre uma passagem do esôfago para o caminho do ar ou para um vaso. O Gráfico 3.3 mostra com que frequência ela apareceu num grupo com tumor T4 ou com gânglios, os filtros da linfa, que não podiam sair. Se ela vai para o caminho do ar, tosse a cada gole pode ser o sinal.

Fístula na radioquimioterapia

Dados do ensaio JCOG0303, com 140 pessoas com tumor T4 ou gânglios que não podiam ser retirados. A barra vai de 0 a 100.

Em cada 100 pessoas tratadas

Tiveram fístula do esôfago
(para o caminho do ar ou
para um vaso)



22 em cada 100

Metade das fístulas apareceu até 100 dias depois do começo do tratamento.

Elaborado pelo autor a partir de TSUSHIMA et al., 2016.

GRÁFICO 3.3

Pessoas que tiveram fístula do esôfago (para o caminho do ar ou para um vaso), em cada 100 tratadas com radioquimioterapia. Dados do ensaio JCOG0303, com 140 pessoas com tumor T4 ou gânglios que não podiam ser retirados.

Elaborado pelo autor a partir de (TSUSHIMA et al., 2016)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Com a radioterapia sozinha, ninguém estava vivo cinco anos depois no ensaio RTOG 85-01; com a quimioterapia somada, 26 de cada 100 estavam, na parte feita por sorteio (COOPER et al., 1999). Os tumores eram dos dois tipos, sem metástase nem invasão de órgãos vizinhos. O preço: com a combinação, 10 de cada 100 correram risco de vida pelos efeitos, contra 2, e só 68 de cada 100 fizeram toda a quimioterapia.

Quatro das 54 pessoas com carcinoma epidermoide T4 ou com gânglios distantes morreram por causa do tratamento (OHTSU et al., 1999).

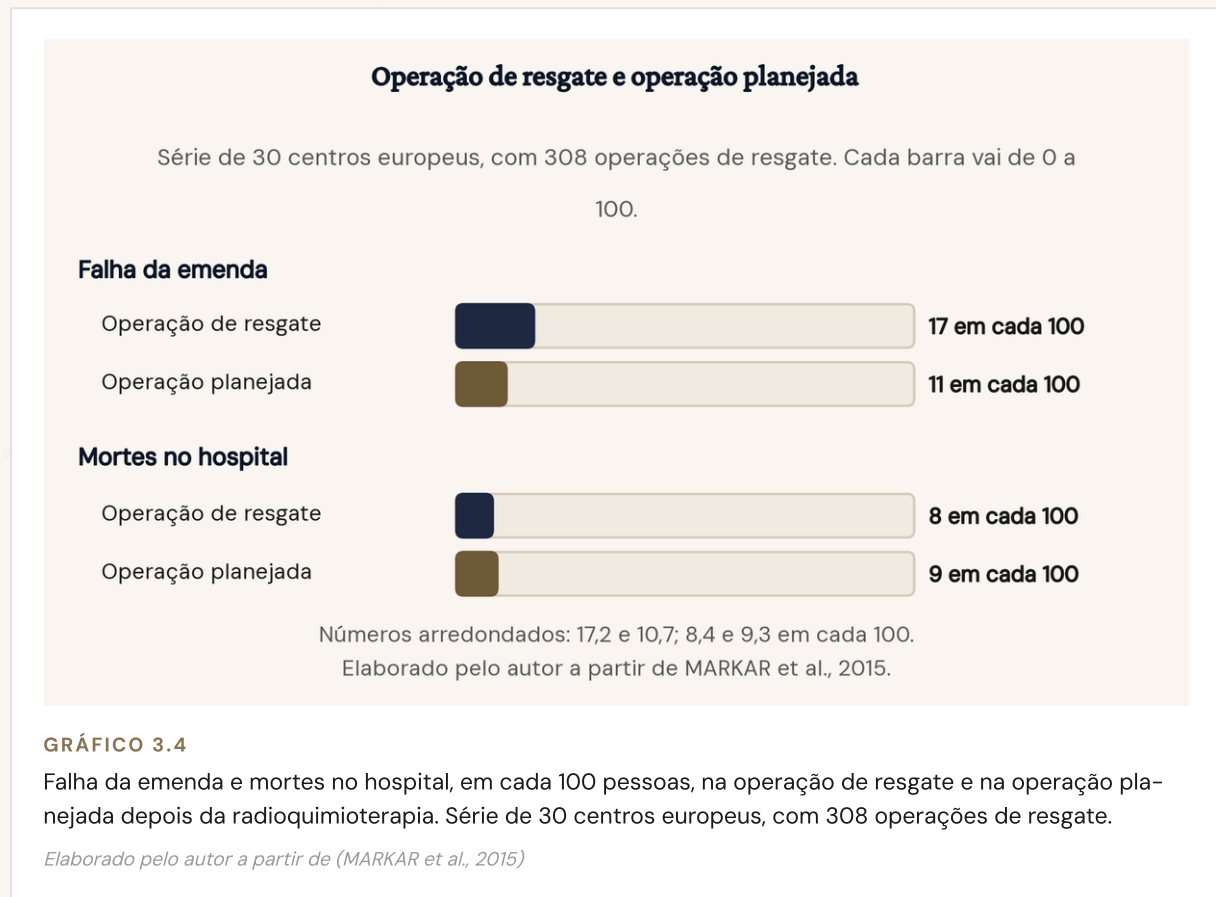
Dois ensaios publicados em 2005 e 2007 sortearam pessoas que podiam ser operadas, em geral com carcinoma epidermoide. No FFCD 9102, entre as 259 que responderam ao começo da radioquimioterapia, estavam vivas em dois anos 40 de cada 100 sem a operação e 34 com ela, diferença que não se separou do acaso; morreram nos três primeiros meses menos de 1 em cada 100 sem a operação, contra cerca de 9 das operadas (BEDENNE et al., 2007). Sem a operação, porém, 32 de cada 100 precisaram de prótese depois, contra 5.

No outro, a sobrevida ficou equivalente com e sem a operação, em 172 pessoas sorteadas (STAHL et al., 2005). As mortes ligadas ao tratamento foram 12,8 em cada 100 com a operação e 3,5 sem ela, embora a operação tenha segurado melhor a doença no lugar. Os números da operação de hoje estão no guia da esofagectomia.

Fonte: COOPER et al., 1999; OHTSU et al., 1999; BEDENNE et al., 2007; STAHL et al., 2005

3.4 Se a doença sobra ou volta

Se a doença sobra ou volta no esôfago, a prótese ajuda a engolir. Em pessoas selecionadas, num centro com experiência, a equipe pode discutir a operação de resgate. Quem decide é a equipe. O Gráfico 3.4 compara os riscos dela com os da operação planejada.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Na série do Gráfico 3.4, a falha da emenda foi mais comum que na operação planejada depois do tratamento, e as mortes no hospital ficaram parecidas (MARKAR et al., 2015).

Fonte: MARKAR et al., 2015

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é o objetivo da radioquimioterapia no meu caso, e que efeitos devo esperar?

Se a doença já se espalhou para outros órgãos, o caminho é outro.

Quando a doença se espalhou: o tratamento que controla

EM UMA FRASE

Com doença em outros órgãos, o tratamento busca controlar a doença e os sintomas.

A radioquimioterapia mira uma região do peito, e os focos em outros órgãos ficam fora do alcance dela.

A base passa a ser a quimioterapia. Em parte dos casos, entra junto a imunoterapia, que ajuda as defesas do corpo a atacar o câncer. O objetivo muda: controlar a doença e aliviar os sintomas. Quem prescreve e acompanha é o oncologista clínico. Remédio, nunca por conta própria. O guia da quimio e da radio na cirurgia explica esses tratamentos.

4.1 O que o laudo do tumor orienta

A Tabela 4.1 resume o que o laudo da biópsia orienta. Esse laudo vem do patologista, que examina o tumor ao microscópio. O tipo do tumor vem antes de tudo: carcinoma epidermoide ou adenocarcinoma. O patologista também mede o PD-L1, uma proteína das células do tumor: nos estudos, o ganho da imunoterapia foi maior nos grupos com mais PD-L1. No adenocarcinoma, ele procura ainda o HER2. Em excesso, essa proteína abre espaço para um remédio dirigido a ela, estudado no estômago e na junção com o esôfago.

TABELA 4.1 — O QUE O LAUDO DO TUMOR ORIENTA

O QUE O LAUDO TRAZ	O QUE É	O QUE MUDA
Tipo do tumor	Carcinoma epidermoide ou adenocarcinoma	Cada ensaio incluiu um tipo, ou os dois
PD-L1	Proteína medida nas células do tumor, em porcentagem ou num placar	O ganho da imunoterapia foi maior nos grupos com mais PD-L1
HER2	Proteína procurada no adenocarcinoma	Em excesso, um remédio dirigido a ela entra com a quimioterapia, como no ensaio feito no estômago e na junção

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (DOKI et al., 2022), (SUN et al., 2021), (JANJIGIAN et al., 2026) e (BANG et al., 2010).

A Tabela 4.2 mostra quem entrou nos três ensaios.

TABELA 4.2 — QUEM ENTROU EM CADA UM DOS TRÊS ENSAIOS

	CHECKMATE 648	KEYNOTE-590	CHECKMATE 649
Tipo do tumor	Só carcinoma epidermoide do esôfago	Os dois tipos, no esôfago, e o da junção com o estômago centrado no esôfago	Só adenocarcinoma, do estômago, da junção ou do esôfago, sem HER2 em excesso
Situação da doença	Avançada, que voltou ou com metástase, sem possibilidade de retirada	Avançada no local, sem possibilidade de retirada, ou com metástase	Avançada ou com metástase, sem possibilidade de retirada
Tratamento anterior	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Pessoas sorteadas	970	749	1.581
O que se comparou	Imunoterapia com quimioterapia, ou duas imunoterapias juntas, contra quimioterapia	Imunoterapia com quimioterapia contra placebo, um produto sem ação, com quimioterapia	Imunoterapia com quimioterapia contra quimioterapia

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (DOKI et al., 2022), (SUN et al., 2021) e (JANJIGIAN et al., 2026).

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

No CheckMate 648, só com carcinoma epidermoide, metade das pessoas seguia viva aos 13,2 meses com a imunoterapia somada e aos 10,7 meses sem ela, num acompanhamento de pelo menos 13 meses (DOKI et al., 2022). Com o PD-L1 em 1 de cada 100 células do tumor ou mais, foram 15,4 contra 9,1 meses. Sem a imunoterapia, 36 de cada 100 tiveram efeitos intensos (grau 3 ou 4 na escala dos estudos); com ela, 47. O KEYNOTE-590 aceitou os dois tipos e não exigiu PD-L1 (SUN et al., 2021). Com placebo e quimioterapia, 3,0 de cada 100 pessoas estavam vivas em cinco anos; com a imunoterapia somada, 10,6, num acompanhamento mediano de 58,8 meses (METGES et al., 2025). Perto de 7 em cada 10, nos dois grupos, tiveram efeitos de grau 3 ou mais.

O CheckMate 649 aceitou só o adenocarcinoma avançado sem HER2 em excesso, do esôfago ao estômago. Entre as pessoas com o PD-L1 acima do corte do estudo, ele contou 16 vivas em cada 100 em cinco anos com a imunoterapia somada e 6 sem ela; o acompanhamento mínimo foi de 60,1 meses (JANJIGIAN et al., 2026). Sem a imunoterapia, 45 de cada 100 tiveram efeitos de grau 3 ou 4; com ela, 60. No ensaio do HER2, com 594 pessoas com adenocarcinoma avançado do estômago e da junção com HER2 em excesso, metade de cada grupo seguia viva aos 11,1 meses sem o remédio e aos 13,8 meses com ele (BANG et al., 2010).

Fonte: DOKI et al., 2022; SUN et al., 2021; METGES et al., 2025; JANJIGIAN et al., 2026; BANG et al., 2010

Esses números falam de grupos. O oncologista faz a conta de cada pessoa a partir do laudo e do estado do corpo dela.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O que o laudo do meu tumor diz sobre o tipo, o PD-L1 e o HER2?
- Qual é o objetivo deste tratamento, e que efeitos devo esperar?

Enquanto o tratamento age, engolir pode continuar difícil, e voltar a engolir pede soluções próprias.

Voltar a engolir

EM UMA FRASE

Quando o tumor fecha a passagem, a prótese, a radioterapia e a sonda ajudam a manter a alimentação.

Seja qual for o tratamento da doença, o engolir pede cuidado próprio. O tumor estreita o tubo. A comida para no meio do caminho, primeiro a sólida e depois até a líquida.

5.1 A prótese

A prótese é um tubo de malha metálica, colocado por endoscopia, o exame com uma câmera que desce pela boca. Ela desce fechada até o ponto estreito e lá se abre, empurrando o tumor para os lados. Na Figura 5.1, à esquerda, o tumor fecha a passagem; à direita, a prótese já expandida o atravessa. Ela alivia mais depressa que as outras opções.

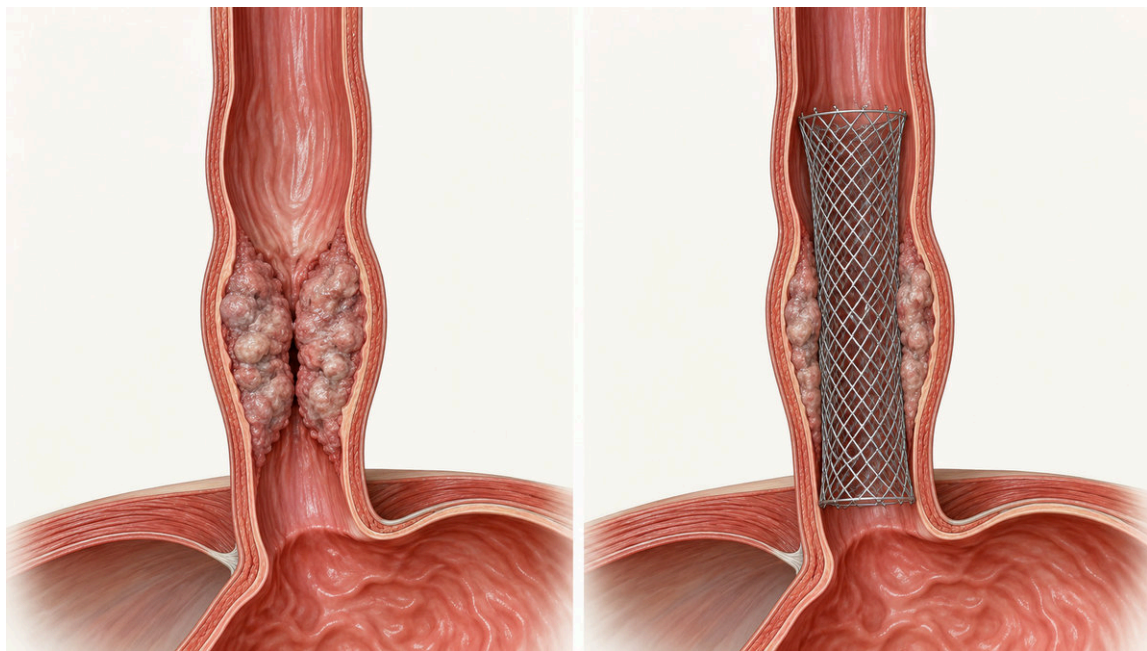


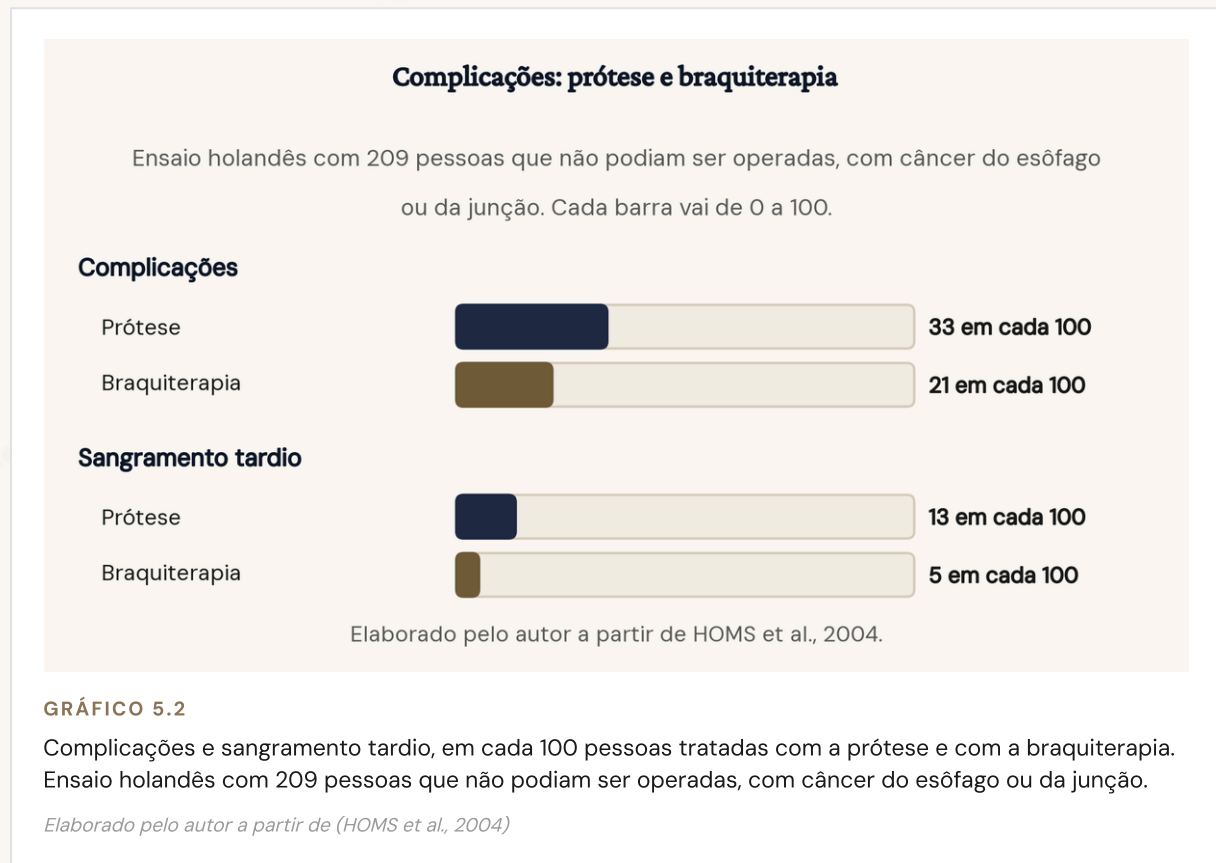
FIGURA 5.1

A prótese que reabre a passagem, num esôfago aberto perto da entrada do estômago. À esquerda, o tumor fecha a passagem em toda a volta; à direita, a prótese de malha metálica, expandida através do tumor e um pouco mais longa que ele, devolve espaço para a comida passar. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.

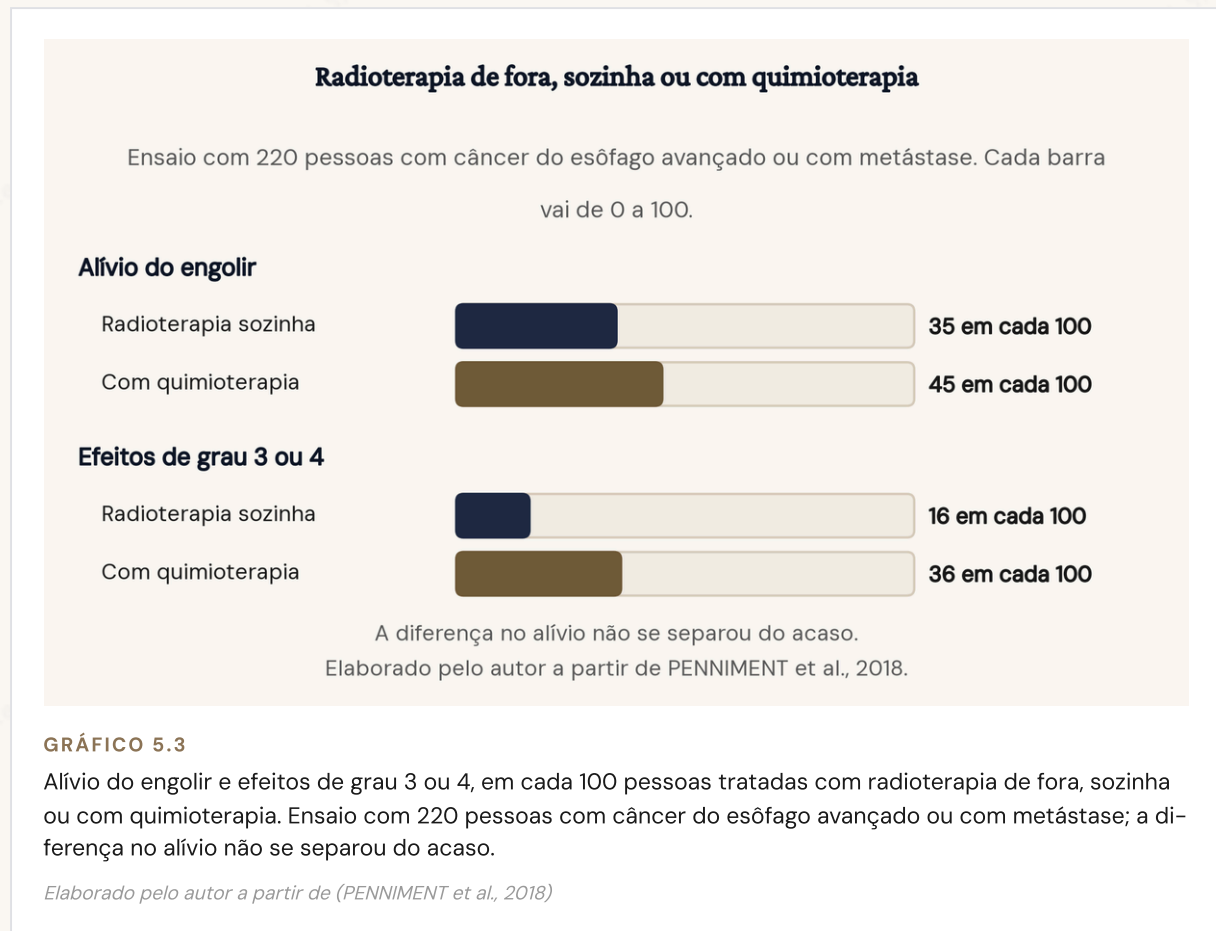
Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

5.2 A radioterapia para o engolir

A radioterapia também abre caminho. Na braquiterapia, a radiação é aplicada por dentro do esôfago, numa sessão. Com ela, as complicações foram menos frequentes, como mostra o Gráfico 5.2. O alívio chegou mais tarde que com a prótese, mas durou mais.



A radioterapia de fora do corpo, em duas ou três semanas, é outra opção; o Gráfico 5.3 mostra o alívio e os efeitos, com e sem quimioterapia.



5.3 A sonda

Quando a boca não dá conta, a sonda leva a comida abaixo do tumor. A Tabela 5.4 põe as opções lado a lado. Quem escolhe é a equipe.

TABELA 5.4 — AS OPÇÕES PARA VOLTAR A ENGOLIR, LADO A LADO

OPÇÃO	COMO AJUDA	O ALÍVIO	O QUE PODE DAR ERRADO
Prótese de malha, por endoscopia	Abre a passagem por dentro do tumor	Vem mais depressa que com as outras opções	Complicações em 33 de cada 100, num ensaio holandês; o sangramento tardio fez a maior parte da diferença
Braquiterapia, numa sessão	Age sobre o tumor, por dentro do esôfago	Vem mais devagar que com a prótese, e dura mais	Complicações em 21 de cada 100, no mesmo ensaio
Radioterapia de fora, em duas ou três semanas	Age sobre o tumor, de fora do corpo	Em 35 de cada 100, medido na nona semana	Efeitos de grau 3 ou 4 em 16 de cada 100, num ensaio com câncer avançado ou com metástase
Sonda de alimentação	Leva a comida abaixo do tumor	A alimentação deixa de depender de engolir	Complicação em cerca de metade, cedo e mais tarde, sobretudo dor no local, numa série com a maioria de cabeça e pescoço

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (HOMS et al., 2004), (DAI et al., 2014), (PENNIMENT et al., 2018) e (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023).

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Num ensaio holandês, o sangramento tardio, 13 contra 5 em cada 100, fez a maior parte da diferença nas complicações: 33 com a prótese contra 21 com a braquiterapia (HOMS et al., 2004). As 209 pessoas vinham de nove hospitais e não podiam ser operadas; o câncer estava no esôfago ou na junção. A braquiterapia segurou o alívio por mais tempo, com a qualidade de vida a favor e sem diferença no tempo de vida; a prótese foi mais rápida. Uma revisão de 53 ensaios chegou a um quadro parecido (DAI et al., 2014).

Para quem tem expectativa de vida mais longa, a diretriz europeia de endoscopia de 2021 aceita a braquiterapia, sozinha ou com a prótese; diante do laser e da operação de desvio, prefere a prótese de malha (SPAANDER et al., 2021).

No ensaio do Gráfico 5.3, com 220 pessoas com câncer do esôfago avançado ou com metástase, somar quimioterapia à radioterapia de fora elevou os efeitos de grau 3 ou 4, sem ganho de alívio que se separasse do acaso (PENNIMENT et al., 2018).

Fonte: HOMS et al., 2004; DAI et al., 2014; SPAANDER et al., 2021; PENNIMENT et al., 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Que opção para engolir faz sentido para mim agora?
- O que faço se o engolir voltar a piorar?

Com a passagem reaberta ou com a sonda, a tarefa de cada dia passa a ser comer bem e manter a força.

Comer, peso e força

EM UMA FRASE

A comida faz parte do tratamento, e a sonda entra quando a boca não dá conta.

Engolir de novo resolve uma parte do problema. A outra é comer o bastante para manter o peso e a força. A evolução piora quando o corpo perde peso e músculo, o que é frequente no câncer, segundo as diretrizes europeias de nutrição em câncer. A Figura 6.1 resume o que elas pedem.

O que as diretrizes de nutrição em câncer pedem

O plano de cada pessoa vem da equipe.

1 Triagem regular

Procurar a desnutrição com regularidade, em toda pessoa com câncer.

2 Avaliar a nutrição

A versão prática começa pela avaliação do estado nutricional.

3 Ajuda em degraus

Do aconselhamento sobre a comida até a nutrição pela veia, menos no fim da vida.

4 Pesar cada passo

Na doença avançada, o benefício e o risco de cada medida.

5 Junto com exercício

O cuidado com a comida anda junto com o exercício.

Elaborado pelo autor a partir de ARENDS et al., 2017 e MUSCARITOLI et al., 2021.

FIGURA 6.1

O que as diretrizes europeias de nutrição em câncer pedem. O plano de cada pessoa vem da equipe e do nutricionista.

Elaborado pelo autor a partir de (ARENDS et al., 2017) e (MUSCARITOLI et al., 2021)

6.1 A comida no dia a dia

Com o tumor no caminho, mude a consistência antes de cortar a quantidade: sopas batidas, purês, vitaminas, ovo mexido e iogurte, em refeições pequenas e frequentes. Com a prótese, mastigue devagar. Procure o nutricionista.

Se a comida voltar inteira ou o líquido começar a entalar, fale com a equipe no mesmo dia.

Tosse toda vez que engole, durante ou depois da radioquimioterapia, ou com a prótese, pede pronto-socorro.

6.2 A sonda de alimentação

Quando a boca não dá conta de manter o peso, mesmo com a comida ajustada, a equipe discute a sonda. Na gastrostomia, ela entra no estômago. Na jejunostomia, vai a uma alça do intestino delgado. A Figura 6.2 mostra as duas. O Gráfico 6.3 mostra as complicações numa série de gastrostomias.

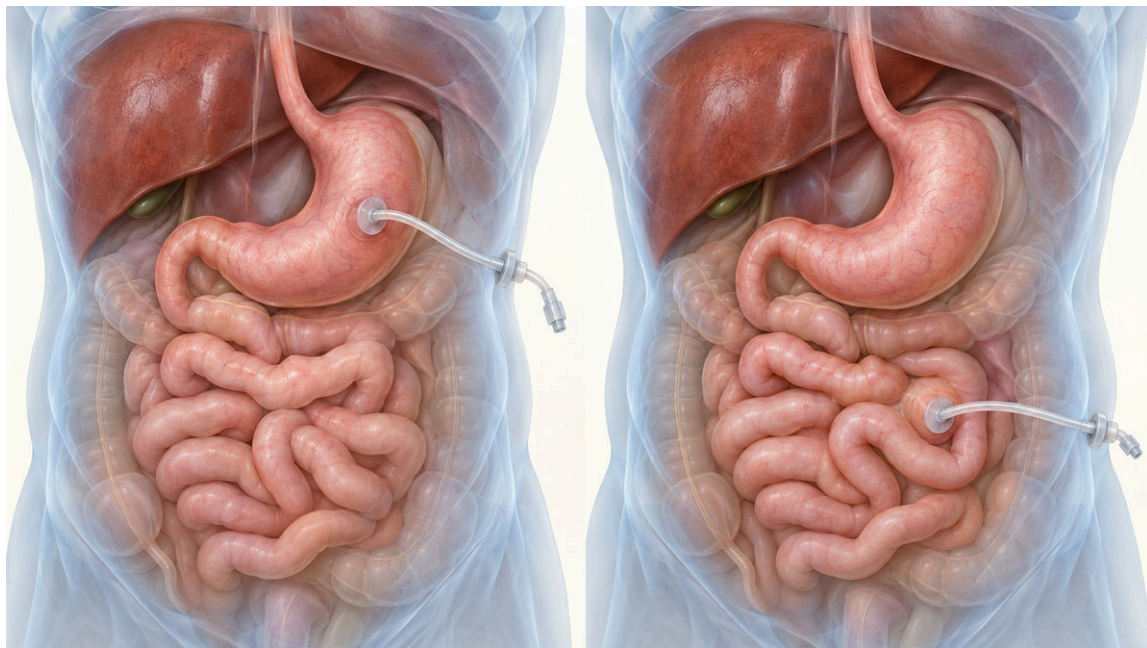


FIGURA 6.2

As duas sondas de alimentação, no abdome em transparência: à esquerda, a gastrostomia, com a sonda entrando no estômago; à direita, a jejunostomia, com a sonda entrando numa alça do intestino delgado. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Complicações da gastrostomia

Série de um centro de oncologia, com 164 pessoas com câncer avançado, a maioria de cabeça e pescoço. Cada barra vai de 0 a 100.

Em cada 100 pessoas com gastrostomia



Nas duas fases, a dor no local foi a queixa mais comum.
Elaborado pelo autor a partir de FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023.

GRÁFICO 6.3

Complicações da gastrostomia, em cada 100 pessoas, cedo e mais tarde. Série de um centro de oncologia, com 164 pessoas com câncer avançado, a maioria de cabeça e pescoço; a dor no local foi a queixa mais comum.

Elaborado pelo autor a partir de (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Na doença avançada, as diretrizes europeias de 2017 pedem que a equipe pese benefício contra risco em cada medida (ARENDS et al., 2017). O exercício acompanha a nutrição. Do aconselhamento até a nutrição pela veia, a ajuda sobe em degraus, menos no fim da vida; a versão prática de 2021 começa pela avaliação do estado nutricional (MUSCARITOLI et al., 2021).

Fonte: ARENDS et al., 2017; MUSCARITOLI et al., 2021

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Já posso marcar a consulta com o nutricionista?
- Em que momento a sonda passa a valer a pena?

Comer faz parte do cuidado, e uma equipe olha para esse cuidado desde o começo: a de cuidados paliativos.

Cuidados paliativos desde o começo

EM UMA FRASE

Os cuidados paliativos andam junto com o tratamento e cuidam dos sintomas, do sofrimento e da família.

Comer bem e manter a força ajudam a atravessar o tratamento. O corpo e a cabeça pedem mais.

A palavra paliativo assusta, porque soa como desistência. A sociedade americana de oncologia clínica pensa o contrário. Enquanto o tratamento do câncer continua, a equipe de cuidados paliativos deve entrar cedo para quem tem tumor avançado: é o que pede a diretriz revista em 2024.

Essa equipe cuida dos sintomas do corpo, como a dor e a falta de ar, e do sofrimento emocional e espiritual. Ela também apoia a família e ajuda nas conversas difíceis. A Figura 7.1 resume esse trabalho. O oncologista segue no caso.

O que a equipe de cuidados paliativos faz

Ao lado do tratamento do câncer, desde cedo.

- | | |
|--|---|
| 1 Sintomas do corpo
Dor, falta de ar e outros incômodos. | 2 Sofrimento emocional e espiritual
Angústia e tristeza também entram no cuidado. |
| 3 A família
Apoio a quem cuida, da família aos amigos. | 4 As conversas difíceis
O que importa para você, e o que você deseja. |
| 5 Junto com o tratamento
A oncologia continua; a equipe de cuidados paliativos soma. | |

Elaborado pelo autor a partir de SANDERS et al., 2024 e TEMEL et al., 2017.

FIGURA 7.1

O que a equipe de cuidados paliativos faz, ao lado do tratamento do câncer. A composição da equipe varia conforme o hospital.

Elaborado pelo autor a partir de (SANDERS et al., 2024) e (TEMEL et al., 2017)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Falar com o oncologista sobre o que desejariam para o fim da vida foi mais comum com a equipe de cuidados paliativos por perto desde cedo: 30 de cada 100, contra 15 no cuidado de rotina (TEMEL et al., 2017). Eram 350 pessoas com câncer incurável recém-descoberto no pulmão ou no aparelho digestivo, fora o intestino grosso. Na 12ª semana, a qualidade de vida ainda não diferia; na 24ª, quem via a equipe ao menos uma vez por mês relatou mais qualidade de vida e menos depressão. Os dois grupos melhoraram até a 12ª semana quando o câncer era do aparelho digestivo.

Fonte: TEMEL et al., 2017

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Posso conhecer a equipe de cuidados paliativos agora?
- Que apoio existe para a minha família?

Esse cuidado inclui reconhecer os sinais de alerta, que vêm em três níveis.

Sinais de alerta em três níveis

EM UMA FRASE

Cada sinal tem a sua pressa: alguns pedem o pronto-socorro agora; outros, uma ligação para a equipe hoje.

O cuidado com os sintomas também passa por saber o que não espera, e a Figura 8.1 se para os sinais pela pressa.

Alguns sinais são próprios desta fase. Durante ou depois da radioquimioterapia, ou com a prótese, a tosse que aparece toda vez que você engole, até com água, pode indicar uma fístula do esôfago, a que vai para o caminho do ar. Essa tosse pede pronto-socorro. A dor forte no peito depois da prótese também. Na quimioterapia, a febre entra no primeiro nível: pode ser infecção num corpo com as defesas baixas.

Emergência agora — pronto-socorro ou 192	No mesmo dia — fale com a equipe hoje	Na próxima consulta — anote e leve
● Não conseguir engolir nem a própria saliva. ● Tosse toda vez que engole, até com água, durante ou depois da radioquimioterapia, ou com a prótese. ● Vômito com sangue ou com aspecto de borra de café. ● Fezes pretas. ● Febre durante a quimioterapia. ● Falta de ar, ou dor forte no peito, inclusive depois da prótese. ● Desmaio, ou sensação de que vai desmaiar.	● O engolir que volta a piorar, com a prótese ou depois da radioterapia. ● Comida que volta inteira, ou líquido que começa a entalar. ● Boca seca, pouca urina ou urina escura. ● Sonda de alimentação que saiu do lugar ou entupiu. ● Perda de peso que acelera.	● Perda de peso lenta, apesar das mudanças na comida. ● Cansaço que atrapalha a rotina. ● Dúvidas sobre os remédios de uso contínuo.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 8.1

Sinais de alerta durante o tratamento sem operação, em três níveis. A lista orienta e não substitui o que foi combinado com a sua equipe.

Elaborado pelo autor

SINAIS DE ALERTA**Emergência agora — pronto-socorro ou 192:**

- Não conseguir engolir nem a própria saliva.
- Tosse toda vez que engole, até com água, durante ou depois da radioquimioterapia, ou com a prótese.
- Vômito com sangue ou com aspecto de borra de café.
- Fezes pretas.
- Febre durante a quimioterapia.
- Falta de ar, ou dor forte no peito, inclusive depois da prótese.
- Desmaio, ou sensação de que vai desmaiar.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje:

- O engolir que volta a piorar, com a prótese ou depois da radioterapia.
- Comida que volta inteira, ou líquido que começa a entalar.
- Boca seca, pouca urina ou urina escura.
- Sonda de alimentação que saiu do lugar ou entupiu.
- Perda de peso que acelera.

Na próxima consulta — anote e leve:

- Perda de peso lenta, apesar das mudanças na comida.
- Cansaço que atrapalha a rotina.
- Dúvidas sobre os remédios de uso contínuo.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Nos dados do ensaio JCOG0303, com 140 pessoas tratadas com radioquimioterapia por tumor T4 ou gânglios que não podiam sair, só um fator se ligou à fístula: o esôfago estreitado (TSUSHIMA et al., 2016). Metade das fístulas surgiu até 100 dias depois do começo do tratamento, e a fístula do esôfago, para o caminho do ar ou para um vaso, atingiu cerca de 22 de cada 100 pessoas. Os autores chamam a fístula de efeito adverso crítico.

Para fechá-la, a diretriz europeia de endoscopia indica a prótese de malha (SPAANDER et al., 2021). A primeira hora depois da triagem é o prazo para começar o antibiótico na febre com as defesas baixas (TAPLITZ et al., 2018).

Fonte: TSUSHIMA et al., 2016; SPAANDER et al., 2021; TAPLITZ et al., 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual temperatura conta como febre durante o meu tratamento?
- Qual hospital tem o meu histórico, se eu precisar de pronto-socorro?

Cada sinal tem um telefone certo, e saber quem cuida de quê poupa tempo.

Quem cuida de quê, e quando o cirurgião entra

EM UMA FRASE

Nesta fase o cuidado se divide entre vários profissionais, e o cirurgião segue na equipe.

Diante de um sinal de alerta, ajuda saber a quem ligar. A Figura 9.1 mostra quem cuida de quê.

A quimioterapia e a imunoterapia ficam com o oncologista clínico. A radioterapia, com o radio-oncologista. O endoscopista coloca a prótese e pode colocar a gastrostomia. A comida é do nutricionista. Quando engolir fica arriscado, entra o fonoaudiólogo. Os cuidados paliativos acompanham tudo.

O cirurgião do aparelho digestivo continua por perto. Ele participa da reunião que decide o caminho e volta a ver o caso na reavaliação. Também pode colocar a sonda por cirurgia, o caminho menos usado no Gráfico 9.2, e, nos casos do capítulo 3, fazer a operação de resgate.

Quem cuida de quê, e quando o cirurgião entra

- | | |
|---|--|
| 1 Oncologista clínico
Quimioterapia e imunoterapia. | 2 Radio-oncologista
Radioterapia, de fora ou por dentro. |
| 3 Endoscopista
Prótese e, às vezes, gastrostomia. | 4 Nutricionista
A comida e o peso. |
| 5 Fonoaudiólogo
O treino para engolir. | 6 Cuidados paliativos
Sintomas, sofrimento e família. |
| 7 Cirurgião do aparelho digestivo
Reunião e reavaliação; sonda por cirurgia; resgate em casos selecionados. | |

Elaborado pelo autor a partir de FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023 e MARKAR et al., 2015.

FIGURA 9.1

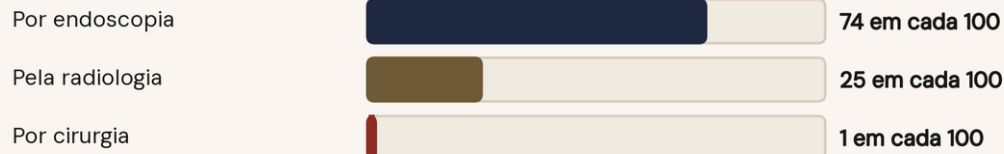
Quem cuida de quê quando a operação não é o caminho, e quando o cirurgião entra. A composição da equipe varia conforme o caso e o hospital.

Elaborado pelo autor a partir de (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023) e (MARKAR et al., 2015)

Por onde a gastrostomia foi colocada

Série de um centro de oncologia, com 164 pessoas com câncer avançado. Cada barra vai de 0 a 100.

Em cada 100 gastrostomias



Elaborado pelo autor a partir de FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023.

GRÁFICO 9.2

Por onde a gastrostomia foi colocada, em cada 100 pessoas: por endoscopia, pela radiologia ou por cirurgia. Série de um centro de oncologia, com 164 pessoas com câncer avançado, a maioria de cabeça e pescoço.

Elaborado pelo autor a partir de (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Só 2 das 164 gastrostomias foram feitas por cirurgia, numa série de 2017 de um centro de oncologia em que o câncer era avançado em todos e, na maioria, de cabeça e pescoço (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023).

Fonte: FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023

Com essa divisão em mente, ficam mais claras as perguntas para levar à consulta.

Perguntas para levar à consulta

EM UMA FRASE

Perguntar faz parte do tratamento, e a resposta de hoje pode mudar com o próximo exame.

Quem cuida de você responde com mais calma quando a pergunta chega escrita. Vá acompanhado, se puder, e peça a alguém que anote as respostas. A Figura 10.1 reúne as perguntas deste guia.

Perguntas para levar à consulta

Anote a resposta ao lado de cada uma.

1 Qual é o objetivo deste tratamento?	2 O que acontece se eu não fizer?
3 O que o laudo diz sobre o tipo do tumor, o PD-L1 e o HER2?	4 Como fica a alimentação, e quando a sonda entra?
5 Quem eu procuro à noite e no fim de semana?	6 Quando a equipe vai reavaliar o caso?
7 Posso ter uma segunda opinião?	

Elaborado pelo autor.

FIGURA 10.1

Perguntas para levar à consulta. Leve a lista impressa e anote a resposta ao lado de cada uma.

Elaborado pelo autor

A Tabela 10.2 aponta o guia da série que aprofunda cada assunto.

TABELA 10.2 — SE VOCÊ ESTÁ AQUI, LEIA ESTE GUIA

SE VOCÊ ESTÁ AQUI	LEIA ESTE GUIA	ENDEREÇO NO SITE
Quer o mapa de todos os caminhos, do diagnóstico em diante	Câncer de esôfago: o mapa do tratamento	/ebooks/cancer-de-esofago-mapa-do-tratamento
Quer o guia completo da doença	Câncer de esôfago	/ebooks/cancer-esofago
Vai fazer quimioterapia ou radioterapia e quer entender como funcionam	Quimio e radio antes ou depois da cirurgia	/ebooks/quimio-e-radio-na-cirurgia
A equipe discute uma operação, inclusive a de resgate	Câncer de esôfago: da descoberta à esofagectomia	/ebooks/esofagectomia

Não operar não quer dizer não tratar. Em cada etapa existe o que fazer pela doença e por você.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Adenocarcinoma

Tipo de câncer que nasce de células que fabricam muco. No esôfago, aparece em geral no trecho final, perto da entrada do estômago.

Aorta

A grande artéria que sai do coração e desce pelo tórax, colada ao esôfago.

Braquiterapia

Radioterapia aplicada por dentro do esôfago, com a fonte de radiação levada até o tumor.

Carcinoma epidermoide

Tipo de câncer que nasce das células achatadas que forram a maior parte do esôfago. Aparece em geral no meio ou no alto do tubo.

Cuidados paliativos

Cuidado voltado ao controle dos sintomas, ao sofrimento e ao apoio à família, que acompanha o tratamento do câncer desde cedo.

Diretriz

Documento em que uma sociedade médica reúne as recomendações de conduta para uma doença, com o peso da evidência de cada uma.

Disfagia

Dificuldade para engolir.

Endoscopia

Exame em que uma câmera fina desce pela boca e examina o esôfago e o estômago por dentro. Também serve para tratar, como na colocação da prótese.

Endoscopista

O médico que faz os exames e os tratamentos por endoscopia.

Ensaio randomizado

Estudo em que as pessoas são sorteadas entre dois ou mais tratamentos. O sorteio permite comparar os tratamentos sem que a escolha de quem trata interfira no resultado.

Esofagectomia

A operação que retira o trecho do esôfago onde está o tumor, junto com os gânglios da região, e refaz o caminho do alimento.

Esofagite

Inflamação do forro do esôfago. Na radioterapia, faz o engolir doer por um tempo.

Fístula

Passagem que se abre entre dois órgãos que não deveriam se comunicar. Aqui, do esôfago para o caminho do ar ou para um vaso.

Fonoaudiólogo

O profissional que avalia e treina a deglutição, o ato de engolir.

Gânglio linfático

Pequeno filtro do sistema de defesa. Os gânglios ficam ao longo do esôfago, e é por eles que a doença pode se espalhar.

Gastrostomia

Sonda de alimentação que atravessa a pele da barriga e entra no estômago.

Grau de um efeito colateral

A escala com que os estudos medem a intensidade de um efeito do tratamento. O grau 3 é o efeito intenso, que costuma pedir atendimento médico; o grau 4 traz risco à vida.

HER2

Proteína que aparece em excesso em parte dos adenocarcinomas. Quando o laudo a encontra, um remédio dirigido a ela entra na conta.

Imunoterapia

Remédio que ajuda as defesas do próprio corpo a reconhecer e atacar o câncer.

Jejunostomia

Sonda de alimentação que atravessa a pele da barriga e entra numa alça do intestino delgado.

Junção com o estômago

O ponto em que o esôfago termina e o estômago começa. Os médicos a chamam de junção esofagogástrica.

Linfa

Líquido claro que circula em vasos finos e passa pelos gânglios.

Metástase

Tumor que se formou longe do órgão de origem, a partir de células que viajaram pelo sangue ou pela linfa.

Oncologista clínico

O médico que indica, prescreve e acompanha a quimioterapia e a imunoterapia.

Operação de resgate

A esofagectomia feita depois da radioquimioterapia, quando a doença sobra ou volta só no esôfago. É reservada a pessoas selecionadas.

PD-L1

Proteína que o patologista mede nas células do tumor. O resultado vem em porcentagem ou num placar, e ajuda a pesar o ganho da imunoterapia.

Placebo

Produto sem ação, com a mesma aparência do remédio estudado, dado a um dos grupos para que a comparação seja justa.

Prótese de malha

Tubo de malha metálica colocado por endoscopia no trecho estreito do esôfago. Ele se abre por dentro do tumor e devolve espaço para a comida passar.

Quimioterapia

Tratamento com remédios que circulam pelo corpo inteiro e atacam células que se dividem depressa, entre elas as do tumor.

Radioquimioterapia

Radioterapia e quimioterapia feitas no mesmo período, uma reforçando a outra. Também chamada de quimiorradioterapia.

Radio-oncologista

O médico que indica, planeja e acompanha a radioterapia.

Radioterapia

Tratamento com radiação dirigida a uma região do corpo. Age só onde é aplicada.

Reunião multidisciplinar

Encontro em que os profissionais da equipe discutem juntos cada caso e definem o plano. Também chamada de reunião de tumor.

Revisão sistemática

Estudo que reúne, por método definido, os trabalhos publicados sobre uma pergunta.

Sonda de alimentação

Tubo fino por onde a dieta chega abaixo do tumor, sem depender de engolir.

T4

Na classificação do tumor, a letra T com o número 4 indica o tumor que atravessou a parede do esôfago e invadiu uma estrutura vizinha. Quando essa estrutura não pode ser retirada junto, como a aorta, a coluna ou a traqueia, o tumor é chamado de T4b, e a operação deixa de ser o caminho. Quando ela pode sair junto, a equipe avalia a operação.

Traqueia

O tubo do ar, que desce do pescoço até os pulmões, logo à frente do esôfago.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.

- ARENDS, J. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. **Clinical nutrition**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 11–48, 2017. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 27637832.
- BANG, Y. J. et al. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. **Lancet**, [S. l.], v. 376, n. 9742, p. 687–97, 2010. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61121-X. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61121-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61121-X). Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 20728210.
- BEDENNE, L. et al. Chemoradiation followed by surgery compared with chemoradiation alone in squamous cancer of the esophagus: FFCD 9102. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 25, n. 10, p. 1160–8, 2007. DOI: 10.1200/JCO.2005.04.7118. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.7118>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 17401004.
- COOPER, J. S. et al. Chemoradiotherapy of locally advanced esophageal cancer: long-term follow-up of a prospective randomized trial (RTOG 85-01). Radiation Therapy Oncology Group. **JAMA**, [S. l.], v. 281, n. 17, p. 1623–7, 1999. DOI: 10.1001/jama.281.17.1623. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.281.17.1623>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 10235156.
- DAI, Y. et al. Interventions for dysphagia in oesophageal cancer. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2014, n. 10, p. CD005048, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD005048.pub4. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005048.pub4>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 25354795.
- DOKI, Y. et al. Nivolumab Combination Therapy in Advanced Esophageal Squamous-Cell Carcinoma. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 386, n. 5, p. 449–462, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2111380. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2111380>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 35108470.
- FERRAZ-GONÇALVES, J. A. et al. Percutaneous gastrostomies in advanced cancer. **Porto biomedical journal**, [S. l.], v. 8, n. 6, p. e238, 2023. DOI: 10.1097/j.pbj.0000000000000238. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000238>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 38093796.
- HABU, T. et al. Complete response to definitive chemoradiotherapy in unresectable locally advanced esophageal squamous cell carcinoma. **Esophagus**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 533–540, 2023. DOI: 10.1007/s10388-023-00987-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10388-023-00987-0>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 36750480.
- HOMS, M. Y. et al. Single-dose brachytherapy versus metal stent placement for the palliation of dysphagia from oesophageal cancer: multicentre randomised trial. **Lancet**, [S. l.], v. 364, n. 9444, p. 1497–504, 2004. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17272-3. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17272-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17272-3). Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 15500894.
- JANJIGIAN, Y. Y. et al. Nivolumab plus chemotherapy as first-line treatment for advanced gastric, gastroesophageal junction, and esophageal adenocarcinoma: 5-year follow-up results from CheckMate 649. **Annals of oncology**, [S. l.], v. 37, n. 6, p. 787–797, 2026. DOI: 10.1016/j.annonc.2026.02.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2026.02.003>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 41687718.

- MARKAR, S. et al. Salvage Surgery After Chemoradiotherapy in the Management of Esophageal Cancer: Is It a Viable Therapeutic Option?. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 33, n. 33, p. 3866–73, 2015. DOI: 10.1200/JCO.2014.59.9092. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.9092>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 26195702.
- METGES, J. P. et al. Pembrolizumab plus chemotherapy versus chemotherapy for advanced esophageal cancer: 5-year extended follow-up for the randomized phase III KEYNOTE-590 study. **ESMO open**, [S. l.], v. 10, n. 12, p. 105854, 2025. DOI: 10.1016/j.esmoop.2025.105854. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2025.105854>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 41259897.
- MUSCARITOLI, M. et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. **Clinical nutrition**, [S. l.], v. 40, n. 5, p. 2898–2913, 2021. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 33946039.
- OBERMANNOVÁ, R. et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of oncology**, [S. l.], v. 33, n. 10, p. 992–1004, 2022. DOI: 10.1016/j.annonc.2022.07.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.07.003>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 35914638.
- OHTSU, A. et al. Definitive chemoradiotherapy for T4 and/or M1 lymph node squamous cell carcinoma of the esophagus. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 17, n. 9, p. 2915–21, 1999. DOI: 10.1200/JCO.1999.17.9.2915. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.1999.17.9.2915>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 10561371.
- PENNIMENT, M. G. et al. Palliative chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for dysphagia in advanced oesophageal cancer: a multicentre randomised controlled trial (TROG O3.01). **The lancet. Gastroenterology & hepatology**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 114–124, 2018. DOI: 10.1016/S2468-1253(17)30363-1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(17\)30363-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(17)30363-1). Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 29248399.
- SANDERS, J. J. et al. Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 42, n. 19, p. 2336–2357, 2024. DOI: 10.1200/JCO.24.00542. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 38748941.
- SPAANDER, M. C. W. et al. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. **Endoscopy**, [S. l.], v. 53, n. 7, p. 751–762, 2021. DOI: 10.1055/a-1475-0063. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/a-1475-0063>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 33930932.
- STAHL, M. et al. Chemoradiation with and without surgery in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the esophagus. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 23, n. 10, p. 2310–7, 2005. DOI: 10.1200/JCO.2005.00.034. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.00.034>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 15800321.
- SUN, J. M. et al. Pembrolizumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for first-line treatment of advanced oesophageal cancer (KEYNOTE-590): a randomised, placebo-controlled, phase 3 study. **Lancet**, [S. l.], v. 398, n. 10302, p. 759–771, 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01234-4. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01234-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01234-4). Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 34454674.
- TAPLITZ, R. A. et al. Outpatient Management of Fever and Neutropenia in Adults Treated for Malignancy: American Society of Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline Update. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 36, n. 14, p. 1443–1453, 2018. DOI: 10.1200/JCO.2017.77.6211. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.6211>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 29461916.
- TEMEL, J. S. et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. **Journal of clinical oncology**, [S. l.], v. 35, n. 8, p. 834–841, 2017. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.5046. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5046>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 28029308.

TSUSHIMA, T. et al. Risk Factors for Esophageal Fistula Associated With Chemoradiotherapy for Locally Advanced Unresectable Esophageal Cancer: A Supplementary Analysis of JCOG0303. **Medicine**, [S. l.], v. 95, n. 20, p. e3699, 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000003699. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003699>. Acesso em: 2 out. 2026. PMID: 27196482.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta, o tempo é curto e a cabeça de quem acabou de receber um diagnóstico está cheia. Muita coisa importante se perde no caminho entre o consultório e a casa. Um texto que pode ser lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que qualquer folheto de sala de espera. Aqui está o que eu explicaria a você se tivéssemos uma hora livre, sem telefone tocando.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 2.1	O ponto de partida: o esôfago aberto no comprimento, com a parede em corte, e o tumor que nasce do forro e estreita a passagem do alimento. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.	neoplasias_esofago_marfim.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.2	A doença que se espalhou, num tronco em transparência: o tumor no fim do esôfago e poucos nódulos pequenos no fígado, nos pulmões, junto ao estômago e acima da clavícula. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.	v008_doenca-que-se-espalhou_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.3	O tumor que invade a vizinhança, num corte do tórax: a traqueia à frente, o esôfago tomado pelo tumor logo atrás, a aorta ao lado e a coluna atrás. O tumor atravessa a parede, entra na traqueia e encosta na aorta. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.	v008_tumor-que-invade-a-vizinhanca_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.4	Os caminhos quando a operação não é o caminho: as três situações, na ordem deste capítulo, e o tratamento que cada uma costuma receber. Em todas, entram o alívio para engolir, a comida e os cuidados paliativos. A rota de cada pessoa sai da reunião da equipe.	Figura_2.4_os-caminhos-sem-operacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (DOKI et al., 2022), (TSUSHIMA et al., 2016), (HABU et al., 2023), (COOPER et al., 1999), (BEDENNE et al., 2007) e (STAHL et al., 2005)
Figura 3.1	A radioterapia mirando o tumor: num tórax em transparência, feixes finos vindos de várias direções se cruzam sobre um tumor do meio do esôfago, e o que está em volta recebe menos. Ilustração didática, que não representa o plano de tratamento de uma pessoa.	v008_radioterapia-mira-o-tumor_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 3.2	O calendário de um esquema de radioquimioterapia, o do ensaio RTOG 85-01. O esquema de cada pessoa é definido pela equipe e pode ser outro.	Figura_3.2_o-calendario-de-um-esquema.png	Elaborado pelo autor a partir de (COOPER et al., 1999)
Gráfico 3.3	Pessoas que tiveram fístula do esôfago (para o caminho do ar ou para um vaso), em cada 100 tratadas com radioquimioterapia. Dados do ensaio JCOG0303, com 140 pessoas com tumor T4 ou gânglios que não podiam ser retirados.	Grafico_3.3_fistula-na-radioquimioterapia.png	Elaborado pelo autor a partir de (TSUSHIMA et al., 2016)

Gráfico 3.4	Falha da emenda e mortes no hospital, em cada 100 pessoas, na operação de resgate e na operação planejada depois da radioquimioterapia. Série de 30 centros europeus, com 308 operações de resgate.	Grafico_3.4_resgate-e-operacao-planejada.png	Elaborado pelo autor a partir de (MARKAR et al., 2015)
Figura 5.1	A prótese que reabre a passagem, num esôfago aberto perto da entrada do estômago. À esquerda, o tumor fecha a passagem em toda a volta; à direita, a prótese de malha metálica, expandida através do tumor e um pouco mais longa que ele, devolve espaço para a comida passar. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.	v008_protese-reabre-a-passagem_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 5.2	Complicações e sangramento tardio, em cada 100 pessoas tratadas com a prótese e com a braquiterapia. Ensaio holandês com 209 pessoas que não podiam ser operadas, com câncer do esôfago ou da junção.	Grafico_5.2_complicacoes-protese-braquiterapia.png	Elaborado pelo autor a partir de (HOMS et al., 2004)
Gráfico 5.3	Alívio do engolir e efeitos de grau 3 ou 4, em cada 100 pessoas tratadas com radioterapia de fora, sozinha ou com quimioterapia. Ensaio com 220 pessoas com câncer do esôfago avançado ou com metástase; a diferença no alívio não se separou do acaso.	Grafico_5.3_radioterapia-de-fora-com-e-sem-quimio.png	Elaborado pelo autor a partir de (PENNIMENT et al., 2018)
Figura 6.1	O que as diretrizes europeias de nutrição em câncer pedem. O plano de cada pessoa vem da equipe e do nutricionista.	Figura_6.1_o-que-as-diretrizes-de-nutricao-pedem.png	Elaborado pelo autor a partir de (ARENDS et al., 2017) e (MUSCARITOLI et al., 2021)
Figura 6.2	As duas sondas de alimentação, no abdome em transparência: à esquerda, a gastrostomia, com a sonda entrando no estômago; à direita, a jejunostomia, com a sonda entrando numa alça do intestino delgado. Ilustração didática, que não representa uma pessoa real.	v008_sondas-gastrostomia-e-jejunosomia_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 6.3	Complicações da gastrostomia, em cada 100 pessoas, cedo e mais tarde. Série de um centro de oncologia, com 164 pessoas com câncer avançado, a maioria de cabeça e pescoço; a dor no local foi a queixa mais comum.	Grafico_6.3_complicacoes-da-gastrostomia.png	Elaborado pelo autor a partir de (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023)
Figura 7.1	O que a equipe de cuidados paliativos faz, ao lado do tratamento do câncer. A composição da equipe varia conforme o hospital.	Figura_7.1_o-que-os-cuidados-paliativos-fazem.png	Elaborado pelo autor a partir de (SANDERS et al., 2024) e (TEMEL et al., 2017)
Figura 8.1	Sinais de alerta durante o tratamento sem operação, em três níveis. A lista orienta e não substitui o que foi combinado com a sua equipe.	Figura_8.1_sinais-de-alerta.png	Elaborado pelo autor

Figura 9.1	Quem cuida de quê quando a operação não é o caminho, e quando o cirurgião entra. A composição da equipe varia conforme o caso e o hospital.	Figura_9.1_quem-cuida-de-que.png	Elaborado pelo autor a partir de (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023) e (MARKAR et al., 2015)
Gráfico 9.2	Por onde a gastrostomia foi colocada, em cada 100 pessoas: por endoscopia, pela radiologia ou por cirurgia. Série de um centro de oncologia, com 164 pessoas com câncer avançado, a maioria de cabeça e pescoço.	Grafico_9.2_por-onde-a-gastrostomia-entrou.png	Elaborado pelo autor a partir de (FERRAZ-GONÇALVES et al., 2023)
Figura 10.1	Perguntas para levar à consulta. Leve a lista impressa e anote a resposta ao lado de cada uma.	Figura_10.1_o-que-perguntar.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor não recebeu patrocínio nem contrapartida de fabricantes de equipamentos, de próteses ou de medicamentos citados nesta obra. Quem indica tratamento é a equipe de cada pessoa. As ilustrações são didáticas; algumas foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial. Nenhuma representa pessoa real, e não há imagem de paciente nem de operação.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.