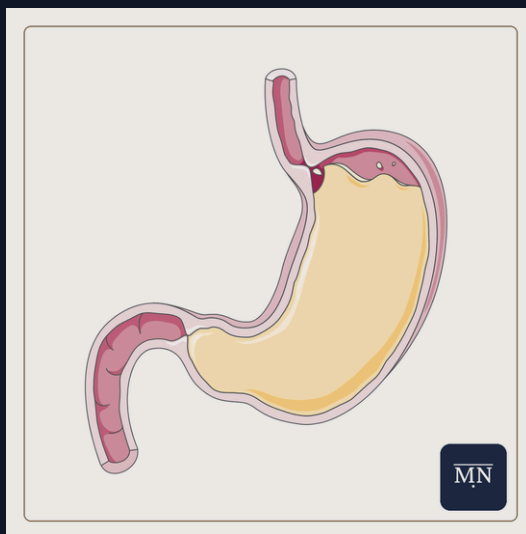

Esôfago de Barrett

O que a endoscopia achou, o risco real e a vigilância



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Esôfago de Barrett

O que a endoscopia achou, o risco real e a vigilância

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 4
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, e como usar	4
1.2 O que faz a leitura parar	5
2. O que a endoscopia encontrou	7
2.1 A troca do forro	7
2.2 Por que aparece, e em quem	9
3. O laudo da biópsia e a palavra displasia	11
3.1 O que o patologista procura	11
4. O risco real de câncer	13
4.1 O relativo e o absoluto	13
4.2 O que costuma acontecer ao longo dos anos	14
5. A vigilância: de quanto em quanto tempo	16
5.1 O calendário	16
5.2 E quem não faz a vigilância	17
6. O remédio e a cirurgia do refluxo	20
6.1 O comprimido	20
6.2 A válvula	21
7. O tratamento da displasia pela endoscopia	24
7.1 Retirar e destruir	24
7.2 O que os ensaios mostraram	24
8. Quando o cirurgião entra	27
8.1 Duas situações	27
9. O que perguntar na consulta	30
9.1 O que levar	30
Glossário	32
Referências	35
Sobre o autor	37
Transparência e licenças	38

Antes de começar

EM UMA FRASE

O esôfago de Barrett é um achado da endoscopia que pede acompanhamento. O risco de câncer que ele traz existe, e o tamanho dele depende do que a biópsia mostra.

1.1 Para quem é, e como usar

Este guia é para o adulto que leu a palavra Barrett num laudo e foi procurar o que ela quer dizer. Na busca, a palavra câncer aparece logo. Ela assusta. As dúvidas do consultório caem quase sempre em quatro perguntas: o tamanho do risco, a hora de refazer o exame, o papel do remédio e o da cirurgia do refluxo. Os capítulos respondem a elas nesta ordem.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

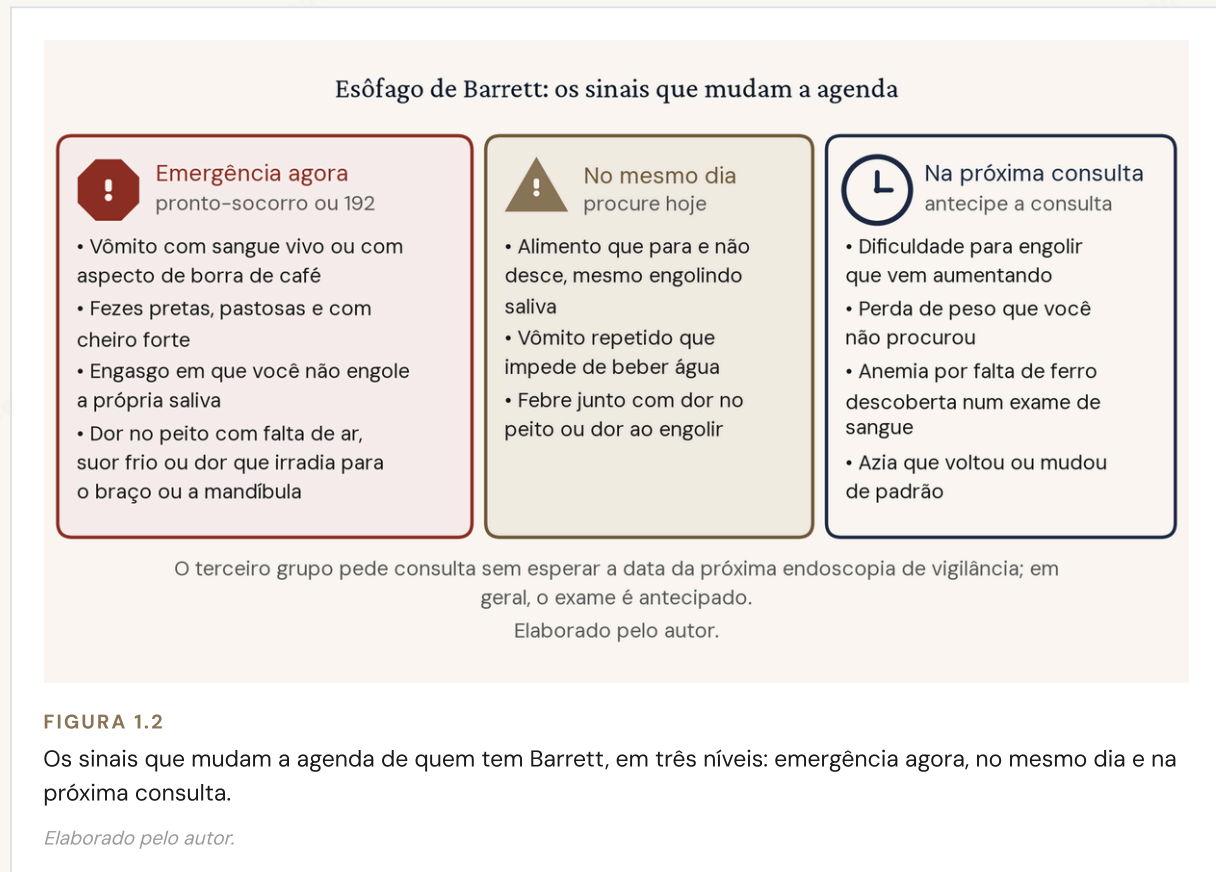
CAPÍTULO	A PERGUNTA QUE ELE RESPONDE
2. O que a endoscopia encontrou	O que quer dizer Barrett, e por que ele aparece?
3. O laudo da biópsia	O que muda com a palavra displasia?
4. O risco real de câncer	Quantas pessoas com Barrett têm câncer, e em quanto tempo?
5. A vigilância	De quanto em quanto tempo repetir a endoscopia?
6. O remédio e a cirurgia do refluxo	O omeprazol protege? A cirurgia muda o risco e o calendário?
7. O tratamento da displasia	O que se faz quando a biópsia mostra displasia?
8. Quando o cirurgião entra	Em que ponto a cirurgia entra no plano?
9. O que perguntar	O que levar escrito para a consulta?

A Tabela 1.1 é o mapa. Cada número vem de um estudo listado no fim do livro.

Nenhuma página deste livro conhece o seu exame. O plano do seu caso se faz com o médico que acompanha você.

1.2 O que faz a leitura parar

Alguns sinais não esperam a data da próxima endoscopia. A Figura 1.2 e a caixa abaixo os reúnem em três níveis.



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

- Vômito com sangue vivo ou com aspecto de borra de café.
- Fezes pretas, pastosas e com cheiro forte.
- Engasgo em que você não engole a própria saliva.
- Dor no peito com falta de ar, suor frio ou dor que irradia para o braço ou a mandíbula.

No mesmo dia:

- Alimento que para e não desce, mesmo engolindo saliva.
- Vômito repetido que impede de beber água.
- Febre junto com dor no peito ou dor ao engolir.

Na próxima consulta:

- Dificuldade para engolir que vem aumentando.
- Perda de peso que você não procurou.
- Anemia por falta de ferro descoberta num exame de sangue.
- Azia que voltou ou mudou de padrão.

Qualquer um deste terceiro grupo pede consulta sem esperar a data da próxima endoscopia de vigilância. Em geral, o exame é antecipado.

Com esses sinais à mão, dá para voltar ao laudo e ao que a endoscopia encontrou.

O que a endoscopia encontrou

EM UMA FRASE

No Barrett, o fim do esôfago trocou de forro: a camada que o reveste por dentro passou a se parecer com a do intestino.

2.1 A troca do forro

A história do Barrett começa num trecho de poucos centímetros. O esôfago é o tubo que leva o alimento da boca ao estômago, e por dentro ele é forrado por várias camadas de células achatadas. O estômago tem outro forro. Os dois se encontram na junção entre os órgãos, desenhada na Figura 2.1.

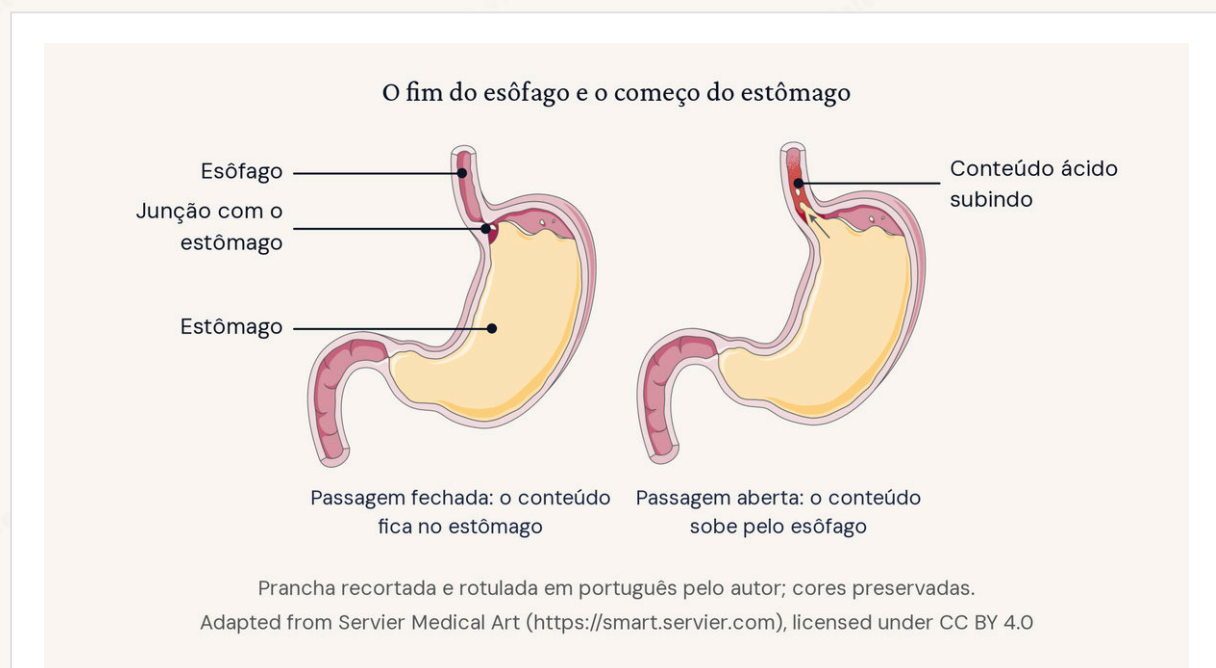


FIGURA 2.1

O fim do esôfago e o começo do estômago, em corte. À esquerda, a passagem fechada. À direita, a passagem aberta e o conteúdo do estômago subindo pelo esôfago.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

Quando o conteúdo ácido do estômago sobe com frequência por anos, o fim do esôfago pode mudar. O revestimento normal é trocado por outro, parecido com o do intestino, que resiste melhor ao ácido. Essa troca se chama metaplasia intestinal. Quem a confirma é o patologista.

Na endoscopia, o forro trocado tem outra cor. Ele sobe acima da junção em faixa ou em línguas, como mostra a Figura 2.2. A diretriz americana só usa o nome Barrett a partir de 1 cm de forro trocado, e abaixo disso desaconselha biópsias de rotina.

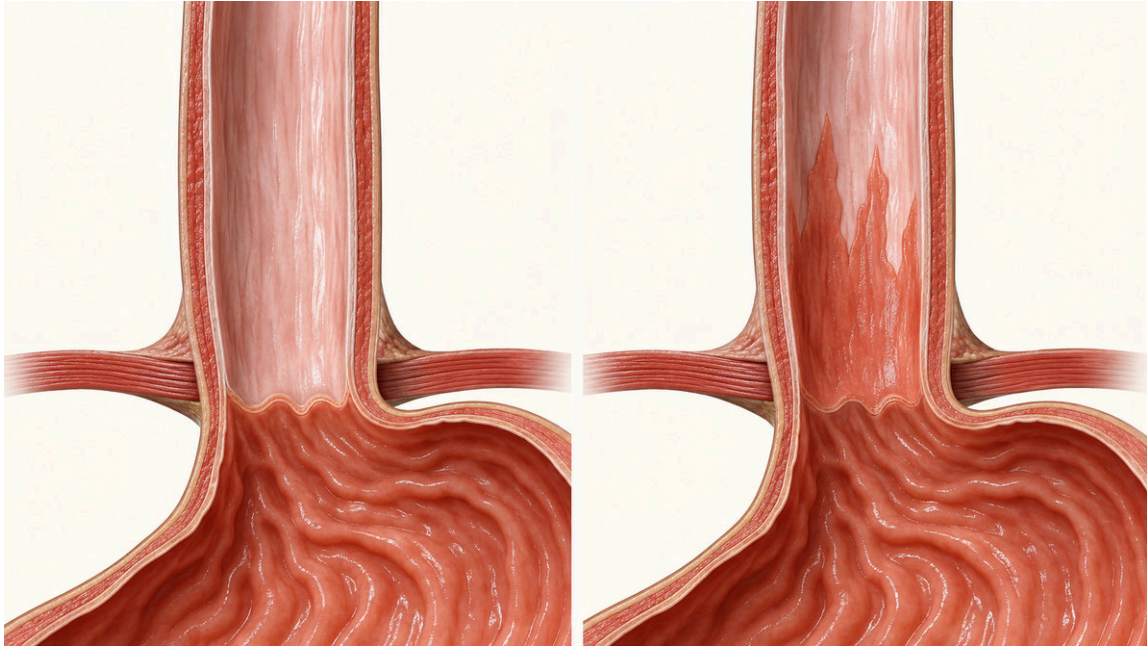
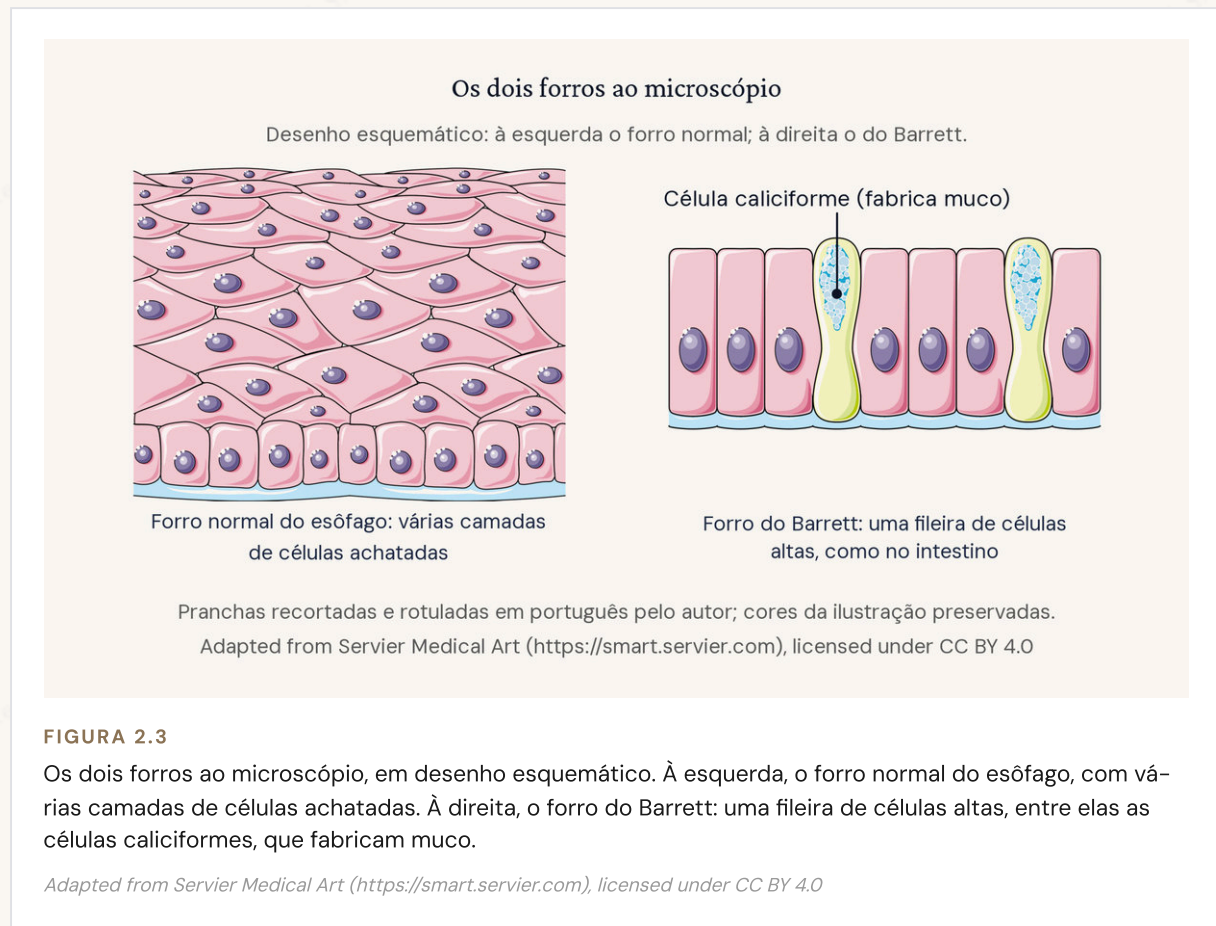


FIGURA 2.2

A junção entre o esôfago e o estômago, com a parede aberta para mostrar o forro. À esquerda, a junção normal: o forro claro do esôfago encontra o do estômago na altura da junção. À direita, o esôfago de Barrett: o forro trocado sobe acima da junção, em faixa e em línguas.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Ao microscópio, a diferença salta aos olhos. A Figura 2.3 põe os dois forros lado a lado. O normal tem camadas de células achatadas. O do Barrett tem uma fileira só de células altas, entre elas as células caliciformes, que fabricam muco como as do intestino.



2.2 Por que aparece, e em quem

A maior parte de quem tem refluxo de anos não tem Barrett.

Para quem tem refluxo crônico, a diretriz americana sugere uma endoscopia de busca quando se somam três fatores ou mais: ter pai, mãe, irmão ou filho com Barrett ou câncer do esôfago, ter passado dos 50 anos, ser homem, ter pele branca, ter obesidade ou fumar. Nenhum deles é culpa de quem recebeu o laudo.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um estudo sueco escolheu ao acaso mil adultos de dois municípios e fez endoscopia em todos, com ou sem queixa (RONKAINEN et al., 2005). O Barrett apareceu em 16. Sem sintoma de refluxo, a proporção foi de 1,2%; com sintoma, de 2,3%, uma diferença que o estudo não conseguiu confirmar. A diretriz americana revista em 2022 descreve a condição como comum e ligada ao refluxo crônico, e estima que, entre quem tem esse refluxo, 5 a 12 em cada 100 tenham Barrett (SHAHEEN et al., 2022). O adenocarcinoma do esôfago ficou mais frequente da década de 1970 para cá, mata muito, e o único caminho conhecido até ele passa pelo Barrett. É daí que vem o calendário de endoscopias.

Fonte: RONKAINEN et al., 2005; SHAHEEN et al., 2022

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é a extensão do meu Barrett, em centímetros?
- A biópsia confirmou metaplasia intestinal?
- O laudo fala em displasia?

A endoscopia mostra onde está o forro trocado. O que ele tem por dentro está no laudo da biópsia, onde aparece ou não a palavra displasia.

O laudo da biópsia e a palavra displasia

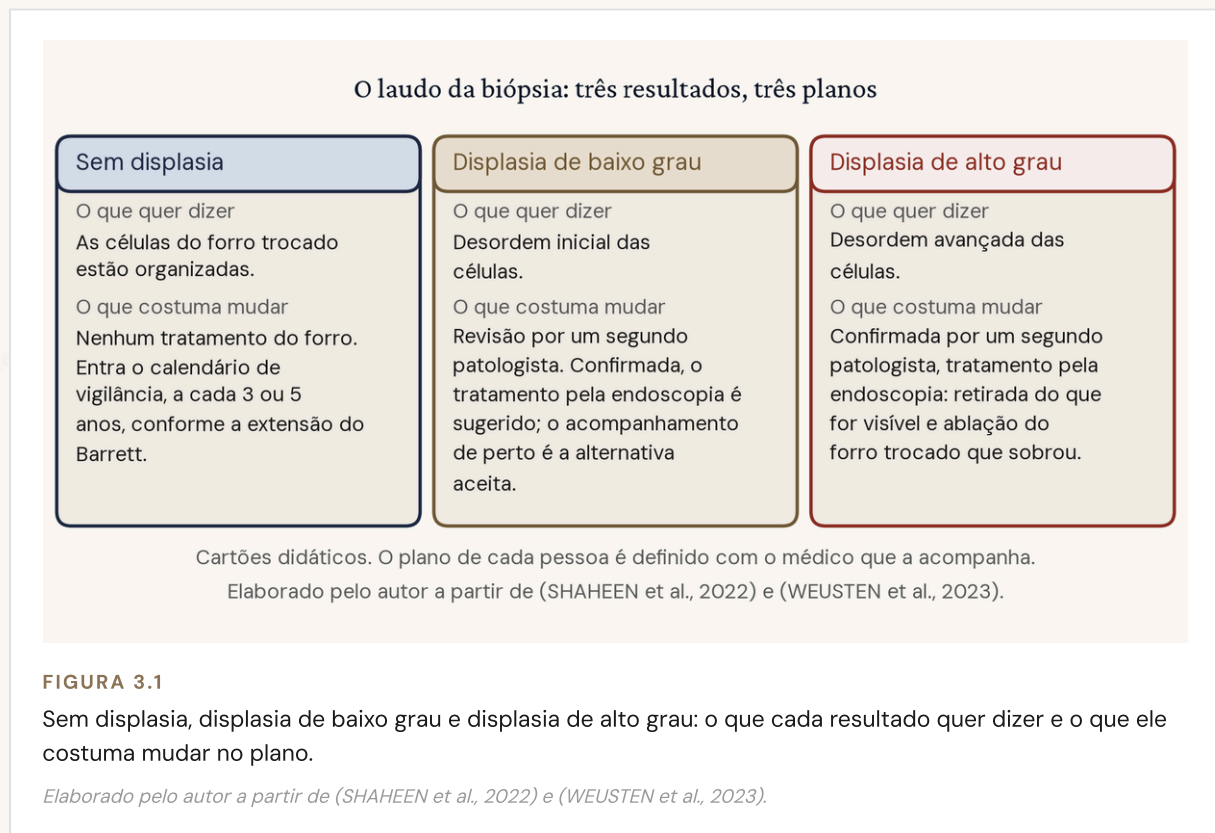
EM UMA FRASE

Displasia é a desordem das células dentro do forro trocado. O grau dela pesa mais no plano do que o simples nome Barrett.

3.1 O que o patologista procura

Quem encontra o Barrett é a endoscopia. Quem diz o que ele tem por dentro é o patologista, ao examinar as biópsias: pedaços muito pequenos de forro retirados no exame. Ele procura duas coisas. A metaplasia intestinal confirma o Barrett. A displasia é a desordem das células, e o grau dela muda o plano.

A Figura 3.1 traduz os resultados possíveis. São três. Sem displasia, o caminho é o calendário de vigilância. O baixo grau pede primeiro uma confirmação, porque é um diagnóstico difícil ao microscópio. No alto grau, o tratamento pela endoscopia entra no plano.



As outras palavras do laudo estão na Tabela 3.2.

TABELA 3.2 — AS PALAVRAS QUE COSTUMAM APARECER NO LAUDO, E O QUE CADA UMA QUER DIZER

PALAVRA DO LAUDO	O QUE ELA QUER DIZER
Metaplasia intestinal	A troca do forro do fim do esôfago por um parecido com o do intestino. É o que confirma o Barrett na biópsia
Extensão (classificação de Praga)	Quanto o forro trocado sobe acima da junção, em centímetros: a medida da faixa inteira e a da língua mais alta
Sem displasia	Células trocadas, mas organizadas
Displasia de baixo grau	Desordem inicial das células. Pede revisão por um segundo patologista com experiência em aparelho digestivo
Displasia de alto grau	Desordem avançada. Confirmada por um segundo patologista, pede tratamento pela endoscopia
Adenocarcinoma	O câncer que nasce desse forro

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz americana faz uma recomendação forte: antes de qualquer decisão, as lâminas com displasia passam pelos olhos de outro patologista, com experiência em aparelho digestivo (SHAHEEN et al., 2022). Para justificar, o texto cita uma coorte holandesa de 293 pessoas: quando um painel de patologistas revisou as lâminas de baixo grau, rebaixou 73% dos casos. A diretriz europeia de 2023 quer ainda o baixo grau visto em duas endoscopias antes do tratamento (WEUSTEN et al., 2023). Com alto grau confirmado, as duas indicam tratar pela endoscopia.

Fonte: SHAHEEN et al., 2022; WEUSTEN et al., 2023

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha biópsia foi revista por um segundo patologista?
- Se houve displasia, em quantas endoscopias ela apareceu?

Traduzido o laudo, fica a pergunta que trouxe você até aqui: quanto esse resultado pesa no risco de câncer.

O risco real de câncer

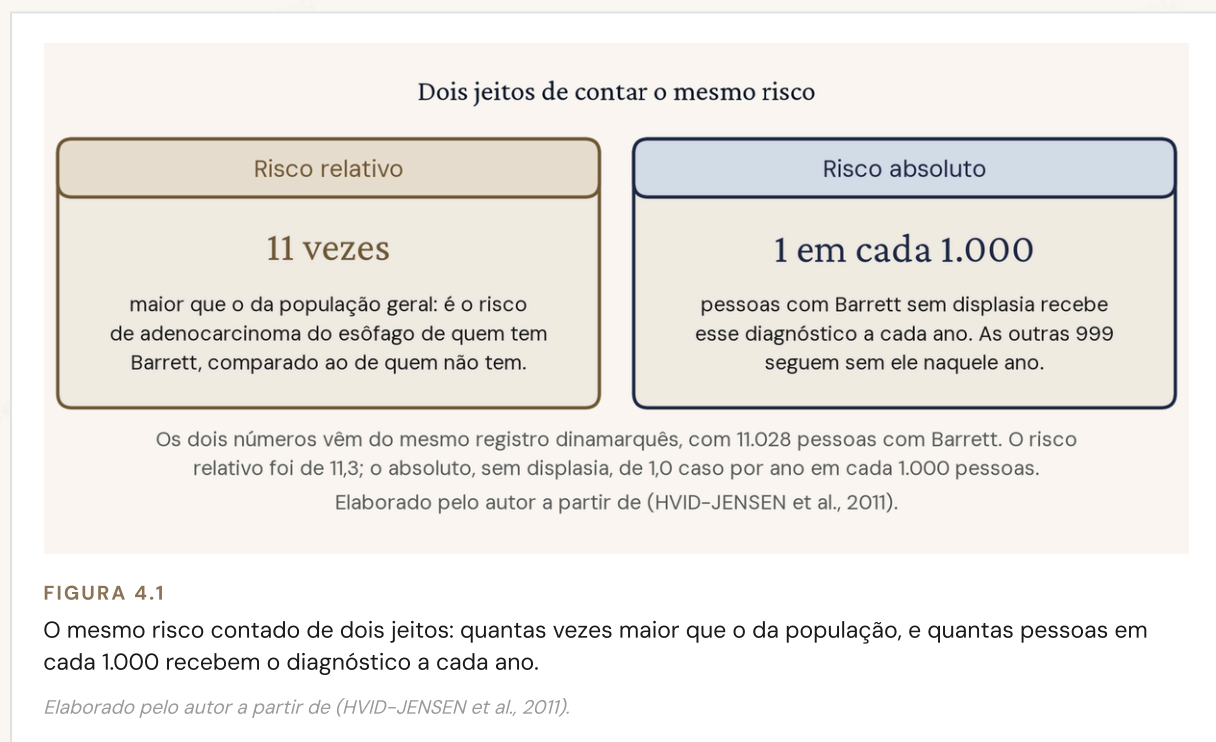
EM UMA FRASE

O Barrett aumenta o risco de câncer do esôfago. Sem displasia, esse risco é pequeno a cada ano; com displasia, ele sobe.

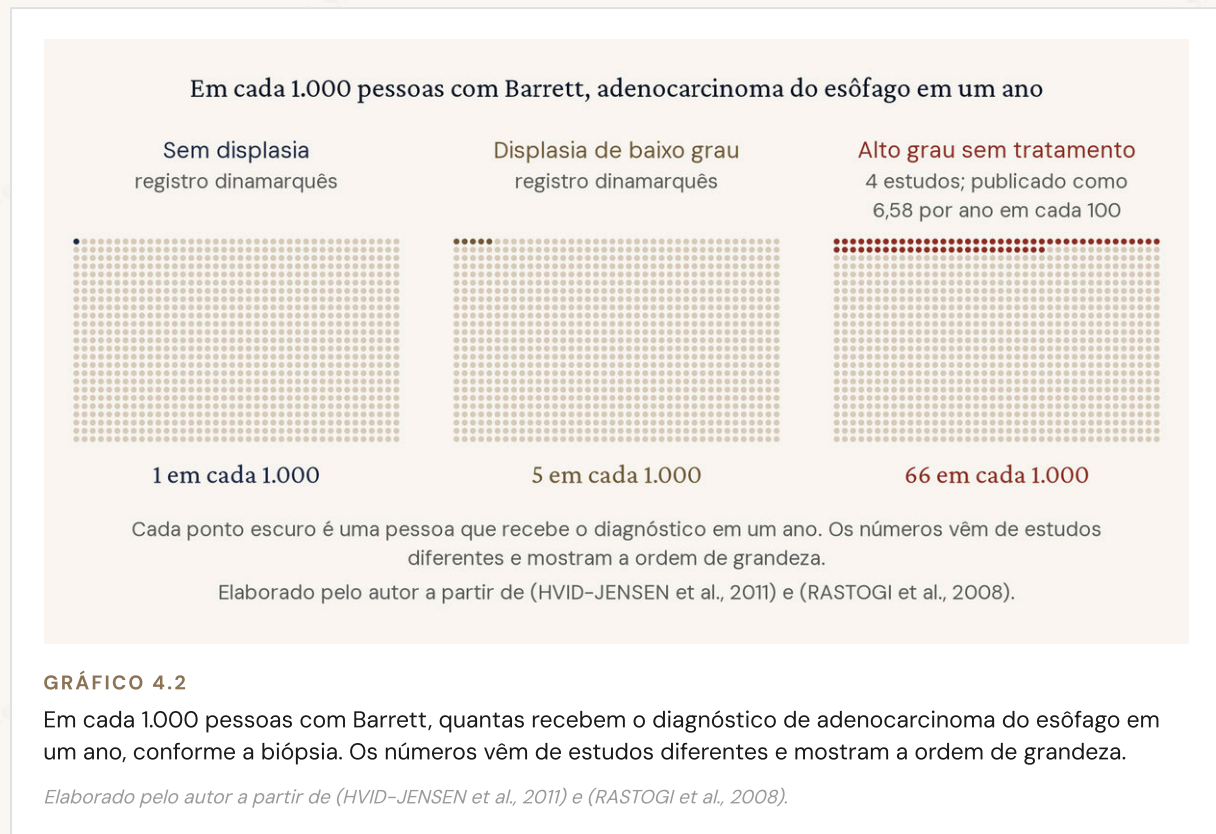
4.1 O relativo e o absoluto

O número muda com o laudo, e foi por isso que o laudo veio antes. O medo tem fundamento.

Um registro que acompanhou todas as pessoas com Barrett da Dinamarca achou nelas um risco de adenocarcinoma do esôfago cerca de 11 vezes maior que o da população, e esse número, o risco relativo, compara dois grupos. Parece muito. A Figura 4.1 separa os dois jeitos de contar.



Para decidir, pesa mais o risco absoluto. Sem displasia, o registro contou 1 caso por ano em cada 1.000 pessoas. Com baixo grau, 5. No alto grau sem tratamento, estudos que acompanharam essas pessoas acharam perto de 66 por ano em cada 1.000. O Gráfico 4.2 põe as três faixas lado a lado.



4.2 O que costuma acontecer ao longo dos anos

Outras contas chegam a números cerca de três vezes maiores: uma metanálise de 57 estudos de Barrett sem displasia achou 1 caso por ano em cada 300 pessoas, e menos de 1 em cada 500 quando o Barrett era curto. O Gráfico 4.3 mostra o dado que costuma faltar na conversa. Nos estudos que registraram as mortes, para cada pessoa com câncer do esôfago, cerca de doze morreram de outras causas.

Barrett sem displasia: adenocarcinoma do esôfago e outras causas de morte

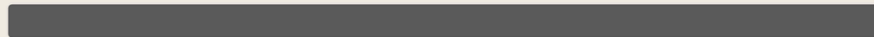
Nos 16 estudos que registraram as mortes

peessoas com Barrett sem displasia acompanhadas ao longo dos anos

Tiveram adenocarcinoma do esôfago

 56 pessoas

Morreram de outras causas, aparentemente sem relação com o câncer

 684 pessoas

Metanálise de 57 estudos com 11.434 pessoas; as duas barras vêm dos 16 estudos que informaram as mortes. Para cada caso de câncer, cerca de 12 mortes por outras causas.

Elaborado pelo autor a partir de (DESAI et al., 2012).

GRÁFICO 4.3

Pessoas com Barrett sem displasia acompanhadas nos 16 estudos que registraram as mortes: quantas tiveram adenocarcinoma do esôfago e quantas morreram de outras causas.

Elaborado pelo autor a partir de (DESAI et al., 2012).

O risco anual se repete a cada ano vivido com Barrett, e é por isso que as diretrizes mantêm um calendário.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O registro dinamarquês reuniu 11.028 pessoas com Barrett, com mediana de 5,2 anos de seguimento (HVID-JENSEN et al., 2011). A conta do risco anual deixou de fora os 131 cânceres achados no primeiro ano após a endoscopia inicial e chegou a 1,2 caso por ano em cada 1.000 pessoas. As diretrizes da época supunham um risco quatro vezes maior, e os autores puseram em dúvida a vigilância sem displasia. A metanálise somou 11.434 pessoas e chegou a 3,3 casos por ano em cada 1.000 (DESAI et al., 2012). No alto grau, quatro estudos contaram 69 cânceres em 1.241 pessoas-ano sem tratamento (RASTOGI et al., 2008).

Fonte: HVID-JENSEN et al., 2011; DESAI et al., 2012; RASTOGI et al., 2008

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Em qual dessas faixas o meu laudo me coloca?
- A extensão do meu Barrett muda essa conta?

Sem displasia, o calendário das endoscopias se mede em anos; o nome dele é vigilância.

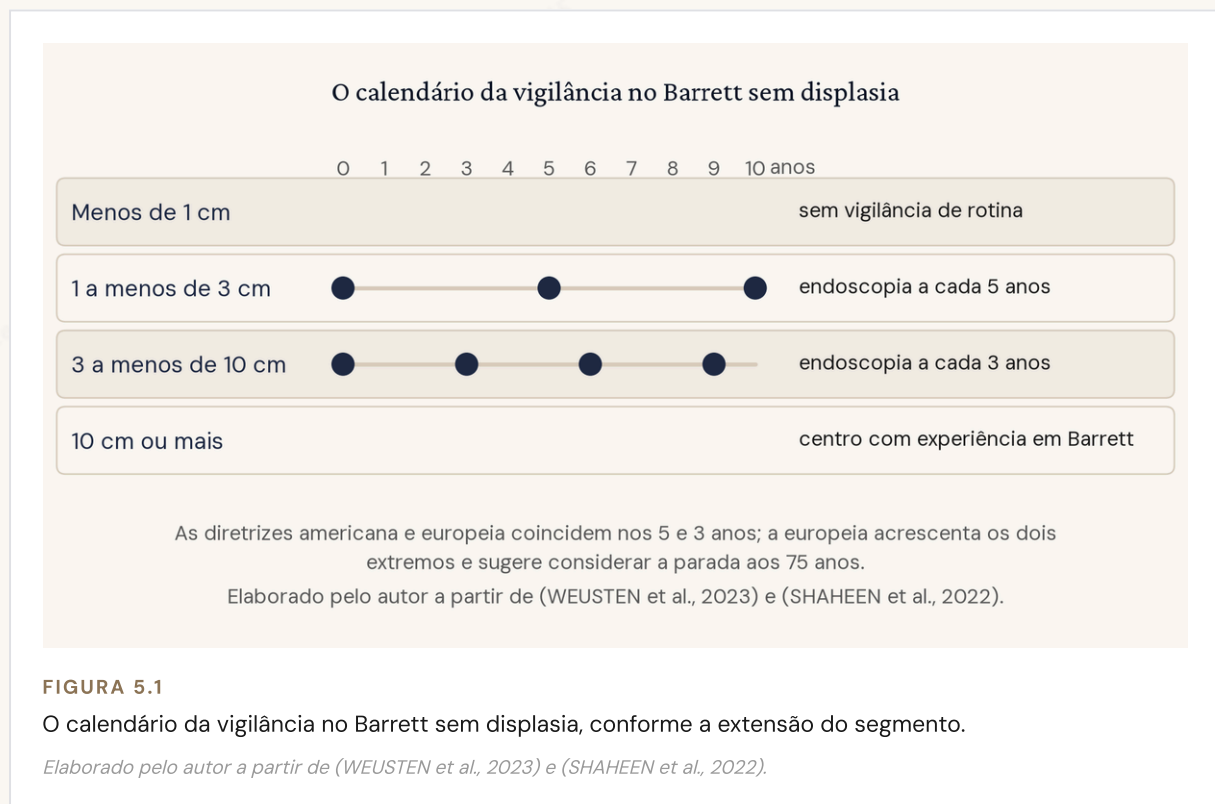
A vigilância: de quanto em quanto tempo

EM UMA FRASE

Vigilância é repetir a endoscopia com biópsias em intervalos marcados. O objetivo é achar a displasia cedo, quando ela ainda pode ser tratada pela própria endoscopia.

5.1 O calendário

O intervalo entre um exame e outro acompanha o tamanho do risco. Sem displasia, as diretrizes americana e europeia olham a extensão do Barrett: com menos de 3 cm, a endoscopia se repete a cada cinco anos; com 3 cm ou mais, a cada três. A diretriz europeia acrescenta os extremos. Abaixo de 1 cm, dispensa a vigilância de rotina, e a partir de 10 cm manda o acompanhamento para um centro com experiência em Barrett. A Figura 5.1 põe esse calendário numa linha. Com baixo grau confirmado, quem prefere acompanhar a tratar faz, pela diretriz americana, endoscopia a cada seis meses no primeiro ano. Depois, uma vez por ano.



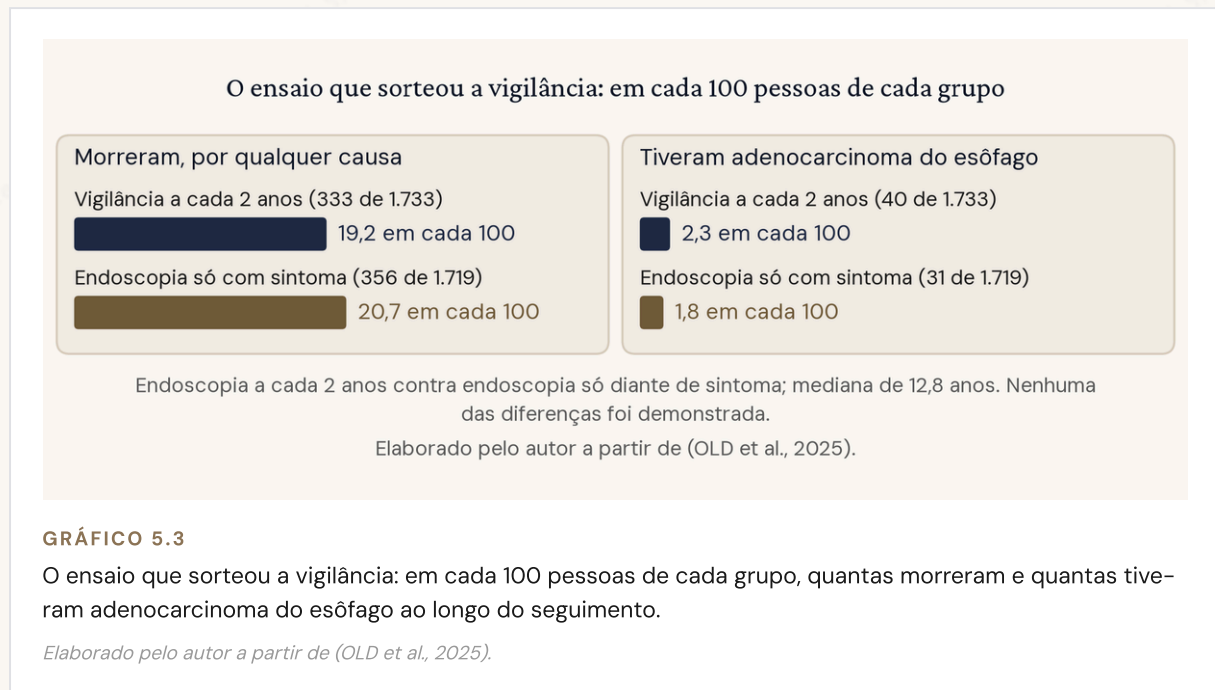
O calendário também tem fim. A diretriz europeia sugere pensar na parada aos 75 anos, ou antes, quando a expectativa de vida é menor que cinco anos.

Cada exame segue um roteiro, desenhado na Figura 5.2. O médico olha o segmento com calma e fotografa o que vê. Faz biópsia do que parece diferente. Depois, colhe biópsias dos quatro lados do esôfago a cada 2 cm.



5.2 E quem não faz a vigilância

Espaçar as endoscopias muda o desfecho? Um ensaio britânico, o primeiro a sortear essa escolha, acompanhou por quase 13 anos, no tempo mediano, quem fazia endoscopia a cada dois anos e quem a fazia só diante de um sintoma. O Gráfico 5.3 mostra o resultado. A sobrevida não se separou entre os grupos. O adenocarcinoma do esôfago apareceu em proporções próximas.



Pelo protocolo, no grupo sem calendário, sinais parecidos com os da Figura 1.2, como dificuldade para engolir e anemia por falta de ferro, levavam à endoscopia com urgência. Os autores sugerem que, para quem tem risco baixo, fazer a endoscopia só quando aparece um sintoma talvez seja seguro. Quem ignora os sinais de alerta fica fora do que o ensaio testou. Espaçar ou manter o calendário é decisão tomada com o médico que acompanha você.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

No ensaio BOSS, 1.733 pessoas com Barrett foram sorteadas para a endoscopia a cada dois anos, contra 1.719 com endoscopia diante de sintoma (OLD et al., 2025). Quem já tinha displasia de alto grau ou câncer não entrava (OLD et al., 2015). Houve 333 mortes no primeiro grupo, contra 356 no segundo, e o adenocarcinoma apareceu em 40 pessoas, contra 31. Antes do BOSS, uma metanálise de estudos observacionais via câncer mais inicial em quem fazia vigilância, mas o ganho de sobrevivência diminuía muito, até sumir, quando a conta corrigia as distorções do diagnóstico adiantado (CODIPILLY et al., 2018).

Fonte: OLD et al., 2025; OLD et al., 2015; CODIPILLY et al., 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Pelo tamanho do meu Barrett, qual é o meu intervalo?
- A próxima endoscopia segue o roteiro de biópsias?
- Se aparecer um sintoma antes da data, a quem eu procuro?

Resta saber o que o remédio e a cirurgia do refluxo fazem por esse risco.

O remédio e a cirurgia do refluxo

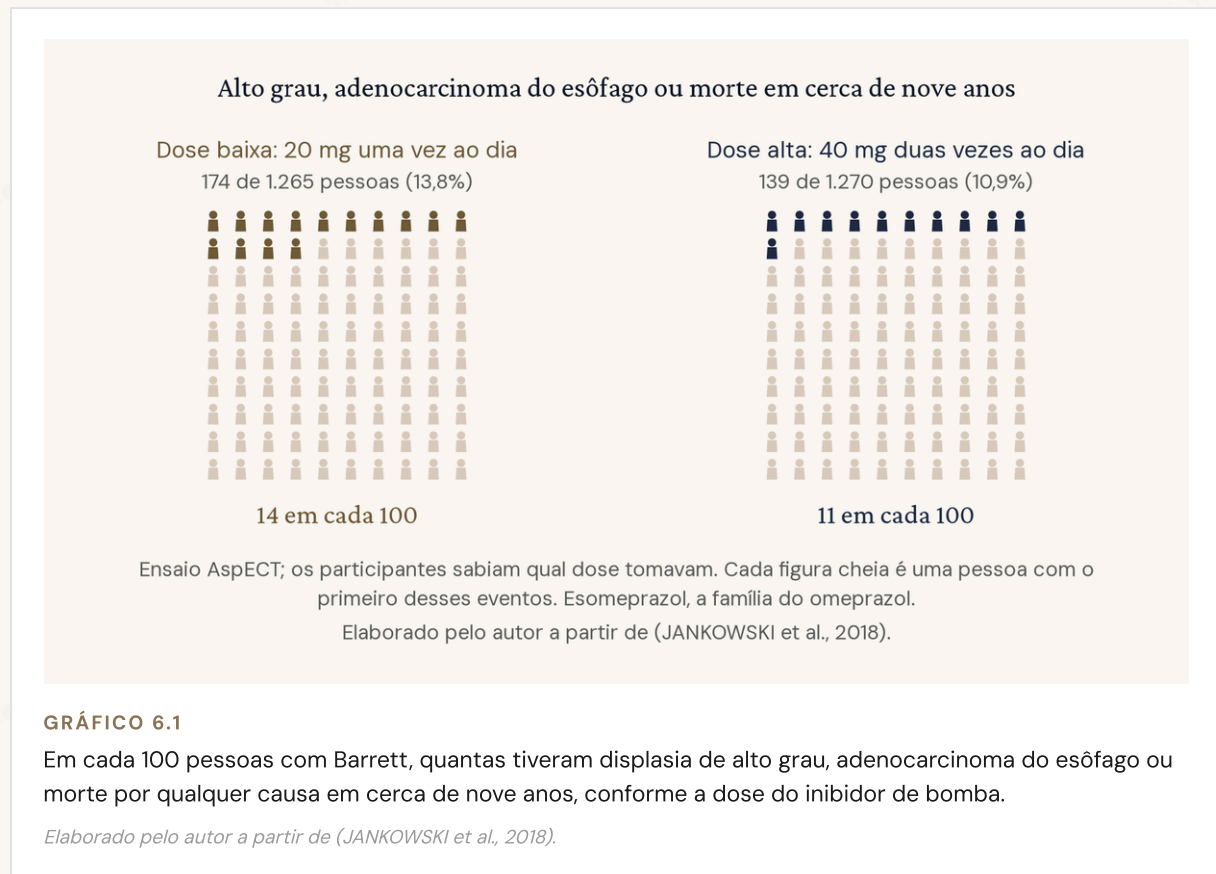
EM UMA FRASE

O remédio e a cirurgia tratam o refluxo. O que cada um faz pelo risco de câncer do Barrett foi medido, com resultados modestos.

6.1 O comprimido

A vigilância cuida do forro, e o refluxo que produziu a troca é tratado à parte. O inibidor de bomba de prótons, a família do omeprazol, bloqueia a produção de ácido no estômago. O que sobe fica menos ácido. Para quem tem Barrett e pode usar o remédio, a diretriz americana sugere ao menos uma dose por dia, também pelo risco de avanço para alto grau e câncer, com evidência que ela classifica como de qualidade muito baixa. A dose é decisão do médico que acompanha você. O guia dos remédios do estômago trata do uso prolongado.

O remédio protege contra o câncer? A resposta mais direta vem de um ensaio que comparou, por quase nove anos, dose alta e dose baixa. Com a dose alta, o desfecho medido ocorreu em 11 de cada 100 pessoas; com a dose baixa, em 14, como mostra o Gráfico 6.1. O desfecho somava alto grau, câncer e morte por qualquer causa, e a diferença, pela leitura da diretriz americana, veio sobretudo das mortes; no câncer, o ensaio não demonstrou diferença.



6.2 A válvula

A fundoplicatura refaz a válvula entre o esôfago e o estômago com o fundo do estômago, montagem que a Figura 6.2 mostra e o guia do refluxo detalha.

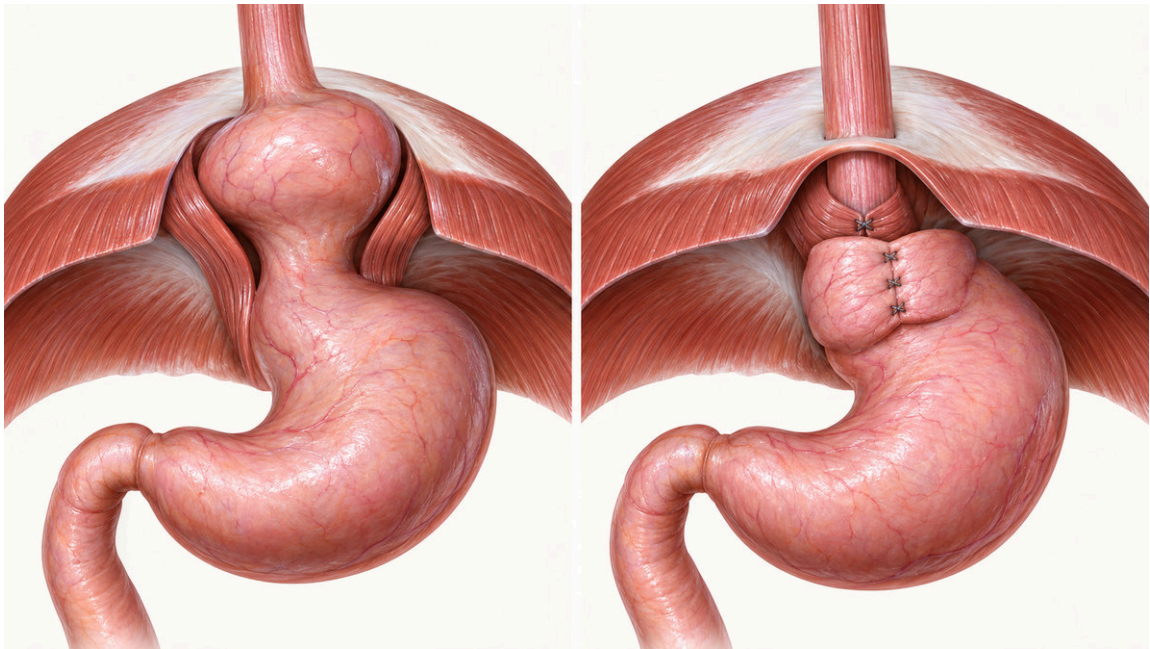


FIGURA 6.2

A cirurgia do refluxo por dentro. À esquerda, a parte alta do estômago atravessou o hiato alargado e está acima do diafragma. À direita, depois da operação, o estômago voltou para a barriga e o fundo dele envolve a ponta do esôfago, formando a válvula.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A diretriz americana sugere não operar só para prevenir câncer. O risco depois da cirurgia continua acima do da população geral. Quem opera o refluxo pelos sintomas segue no calendário de endoscopias. A Tabela 6.3 resume o que cada tratamento faz.

TABELA 6.3 — O REMÉDIO E A CIRURGIA DO REFLUXO DIANTE DO BARRETT

TRATAMENTO	O QUE ELE FAZ	O QUE ELE DEIXA DE FAZER	ONDE ISSO FOI MEDIDO
Inibidor de bomba (família do omeprazol)	Reduz o ácido que sobe e alivia a azia. Num ensaio de nove anos, a dose alta, frente à dose baixa, reduziu um desfecho combinado, sobretudo pelas mortes por qualquer causa	Dispensar a vigilância. Nos desfechos de câncer, o ensaio não demonstrou diferença entre as doses	Ensaio As-pECT; diretriz americana de 2022
Cirurgia do refluxo (fundoplicatura)	Refaz a válvula entre o esôfago e o estômago, contra o refluxo	Devolver o risco ao da população geral. A vantagem sobre o remédio contra o câncer ficou sem demonstração no conjunto dos estudos	Metanálise de dez estudos; diretriz americana de 2022

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio AspECT sorteou 2.557 pessoas com Barrett de pelo menos 1 cm entre 20 mg de esomeprazol por dia e 40 mg duas vezes ao dia (JANKOWSKI et al., 2018). Todos sabiam o que tomavam. O desfecho combinado ocorreu em 174 de 1.265 pessoas na dose baixa, contra 139 de 1.270 na dose alta, uma diferença que passou no teste estatístico com pouca folga.

Nos estudos observacionais, quem usava o remédio chegava menos ao alto grau e ao câncer, associação que não prova causa (SINGH et al., 2014). Sobre a cirurgia, uma metanálise mostrou que, em dois estudos, quem operou o refluxo continuou com risco de câncer acima do da população (MARET-OUDA et al., 2016). No Barrett, em sete estudos, os operados ficaram com menos da metade da taxa de câncer de quem não operou, numa conta incerta demais para descartar a ausência de efeito; a diferença só ficou clara nos estudos publicados depois de 2000.

Fonte: JANKOWSKI et al., 2018; SINGH et al., 2014; MARET-OUDA et al., 2016

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A dose que eu tomo foi pensada para o refluxo, para o Barrett ou para os dois?
- Eu tenho indicação de operar o refluxo pelos sintomas?
- Se eu operar, o calendário das endoscopias continua o mesmo?

O remédio e a válvula agem sobre o refluxo. Sobre a displasia que já está no forro, age outro tratamento, feito pela endoscopia.

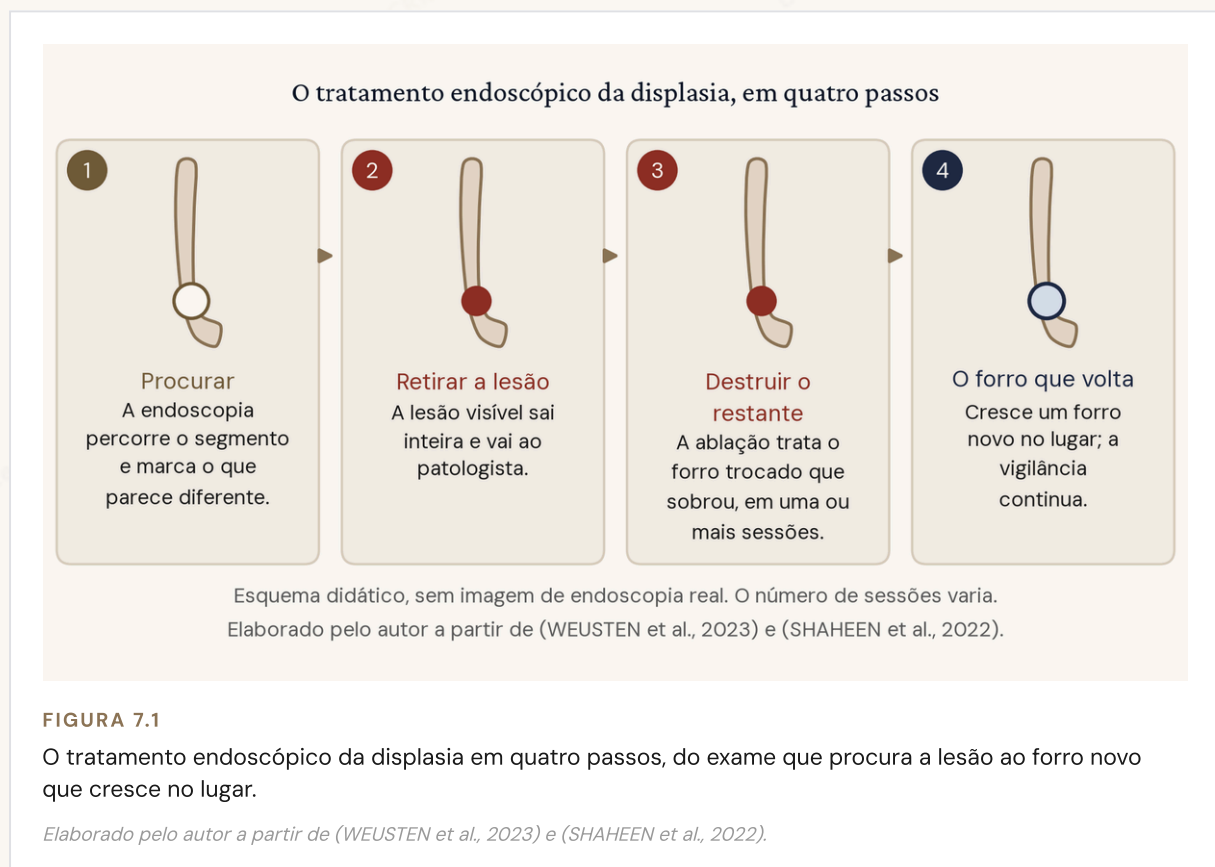
O tratamento da displasia pela endoscopia

EM UMA FRASE

Com displasia confirmada, o plano deixa de ser só acompanhar. O forro alterado é retirado ou destruído pela endoscopia, sem corte na pele.

7.1 Retirar e destruir

As diretrizes indicam para a displasia um caminho diferente do remédio e da cirurgia do refluxo. O tratamento tem duas ferramentas, usadas na ordem da Figura 7.1. Quando há lesão visível, a ressecção endoscópica vem primeiro: a lesão sai pela endoscopia e vai inteira ao patologista. Depois, a ablação por radiofrequência destrói o forro trocado que sobrou, e no lugar dele cresce um forro novo, que segue sob vigilância.



7.2 O que os ensaios mostraram

Dois ensaios sortearam esse tratamento. No americano, a ablação eliminou a displasia em 8 de cada 10 tratados com alto grau e em 9 de cada 10 com baixo grau, contra cerca de 2

em cada 10 no procedimento simulado. O europeu, só com baixo grau confirmado, mostra a diferença no Gráfico 7.2: em três anos, 18 de cada 68 pessoas vigiadas avançaram para alto grau ou câncer, contra 1 em 68 com a ablação.

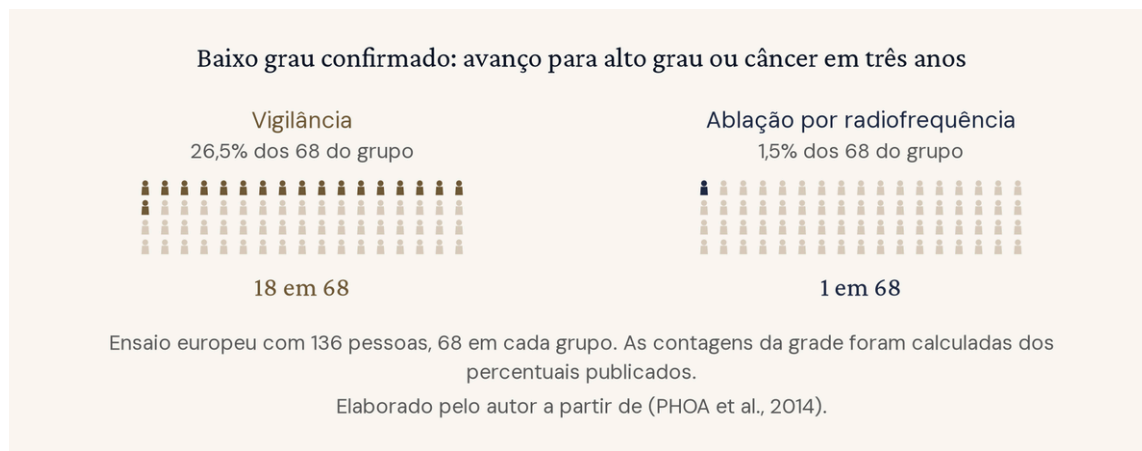


GRÁFICO 7.2

Em cada grupo de 68 pessoas com displasia de baixo grau confirmada, quantas avançaram para displasia de alto grau ou câncer em três anos, com ablação e com vigilância.

Elaborado pelo autor a partir de (PHOA et al., 2014).

O tratamento também tem riscos. A dor no peito depois do procedimento foi mais frequente com a ablação, e o esôfago estreitou em 6 de cada 100 tratados no ensaio americano e em 12 de cada 100 no europeu, onde os oito casos se resolveram com dilatação. Numa revisão citada pela diretriz americana, o tratamento trouxe sangramento a cerca de 1 em 100 pessoas e perfuração, um furo na parede do esôfago, a cerca de 6 em 1.000. A diretriz sugere tratar em centros com muitos casos. Depois do tratamento, a vigilância continua. Os sinais da Figura 1.2 valem depois de cada sessão.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio americano sorteou 127 pessoas com displasia, duas para a ablação para cada uma com procedimento simulado (SHAHEEN et al., 2009). Em um ano, câncer surgiu em cerca de 1 de cada 100 tratados, contra 9 de cada 100 do grupo simulado. O europeu, feito em nove hospitais, reuniu 136 pessoas com baixo grau confirmado (PHOA et al., 2014). Em três anos, o câncer apareceu em 1 de cada 68 pessoas com a ablação, contra cerca de 6 de cada 68 na vigilância. A vantagem da ablação apareceu cedo, e o ensaio foi encerrado antes do prazo previsto.

Fonte: SHAHEEN et al., 2009; PHOA et al., 2014

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha displasia foi confirmada por um segundo patologista, e em quantas endoscopias?
- O serviço que vai tratar faz esse procedimento com frequência?
- Quantas sessões costumam ser necessárias, e como fica a vigilância depois?

Quase todo o cuidado com o Barrett acontece pela endoscopia. A cirurgia entra em poucas situações, que são o assunto a seguir.

Quando o cirurgião entra

EM UMA FRASE

O cirurgião entra no caminho do Barrett em duas situações: quando o refluxo tem indicação de operação, e quando um câncer passou do ponto que a endoscopia alcança.

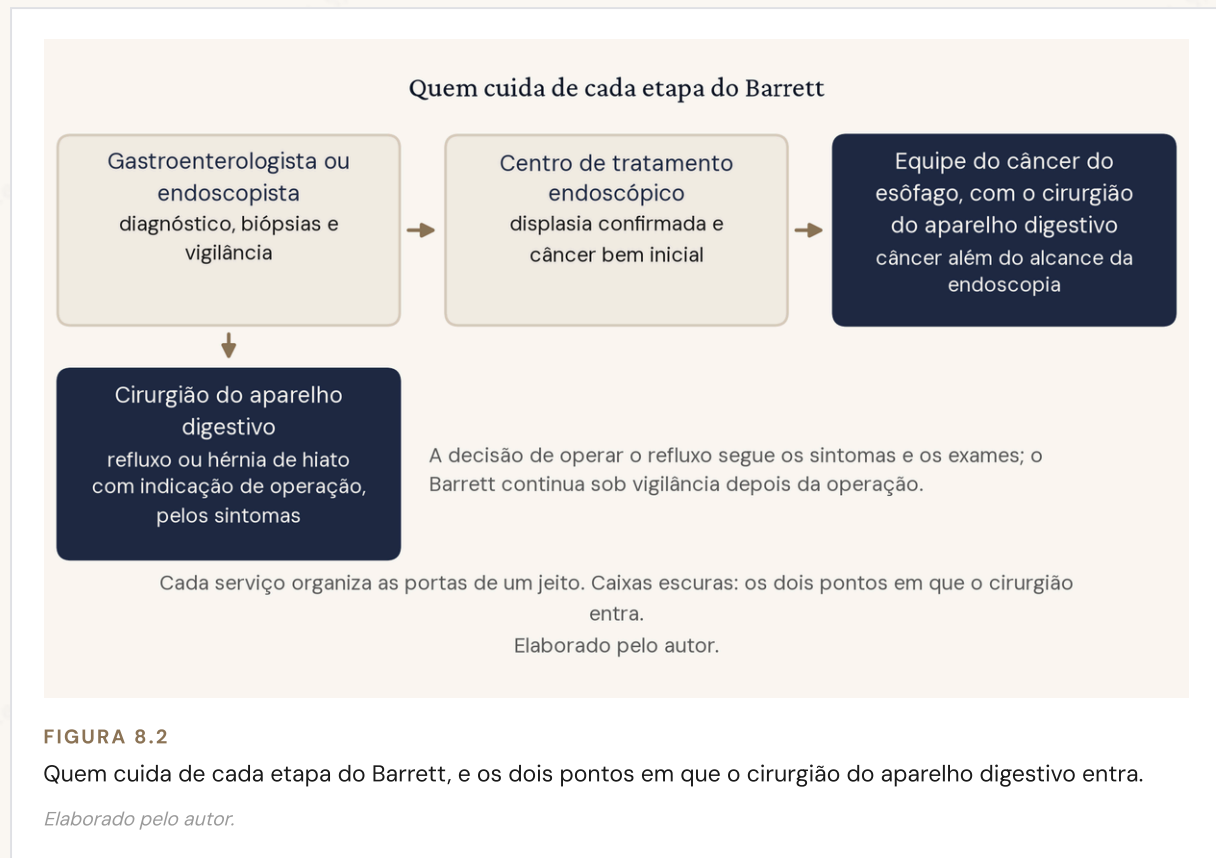
8.1 Duas situações

O tratamento pela endoscopia dá conta da displasia e de parte dos cânceres descobertos bem no início. A primeira situação cirúrgica tem pouco a ver com câncer. Quem tem refluxo que o remédio não controla, ou uma hérnia de hiato grande, pode ter indicação de fundoplicatura pelos sintomas e pelos exames, como descrevem os guias do refluxo e da hérnia de hiato.

A segunda situação é o câncer. Quando a biópsia ou a peça retirada mostra um adenocarcinoma, a pergunta passa a ser até onde ele chegou na parede, e a Tabela 8.1 resume o que a diretriz europeia sugere em cada caso. O câncer que passou do alcance da endoscopia vai para a reunião da equipe. Ali se decide o resto. Esse caminho tem guia próprio, o do câncer de esôfago. A operação, a esofagectomia, também tem o seu. A Figura 8.2 mostra quem cuida de cada etapa.

TABELA 8.1 — O CÂNCER INICIAL NO BARRETT: O QUE A ENDOSCOPIA RESOLVE E O QUE VAI PARA A EQUIPE

O QUE A PEÇA RETIRADA MOSTRA	O QUE A DIRETRIZ EUROPEIA SUGERE
Câncer res- trito à mu- cosa (T1a), com células bem ou mo- deradamente diferenciadas e sem inva- são de vasos	A ressecção endoscópica basta como tratamento, com vigilância depois
Câncer que alcança a submucosa até 0,5 mm (T1b de baixo risco), sem invasão de vasos e sem células pouco diferenciadas	A ressecção endoscópica pode bastar, com seguimento de perto num centro com experiência
Invasão da submucosa além de 0,5 mm, invasão de vasos ou células pouco dife- renciadas (T1b de alto risco)	Estadiamento completo e decisão na reunião da equipe, caso a caso: cirurgia, quimio- terapia ou radioterapia, ou vigilância de perto



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

No câncer restrito à mucosa, com células de aspecto favorável e sem invasão de vasos, a diretriz europeia de 2023 considera a ressecção endoscópica suficiente como tratamento (WEUSTEN et al., 2023). No alto grau e no câncer restrito à mucosa, a diretriz americana recomenda a endoscopia no lugar da esofagectomia (SHAHEEN et al., 2022). Na revisão que ela cita, a sobrevida em até cinco anos não se separou entre os dois caminhos. As complicações foram menos frequentes na endoscopia.

Fonte: WEUSTEN et al., 2023; SHAHEEN et al., 2022

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Até onde o câncer chegou na parede, e havia invasão de vasos na peça?
- O meu caso vai ser discutido numa reunião com cirurgião e oncologista?

Cada etapa desse caminho tem uma pergunta própria, e ela rende mais quando chega escrita à consulta.

O que perguntar na consulta

EM UMA FRASE

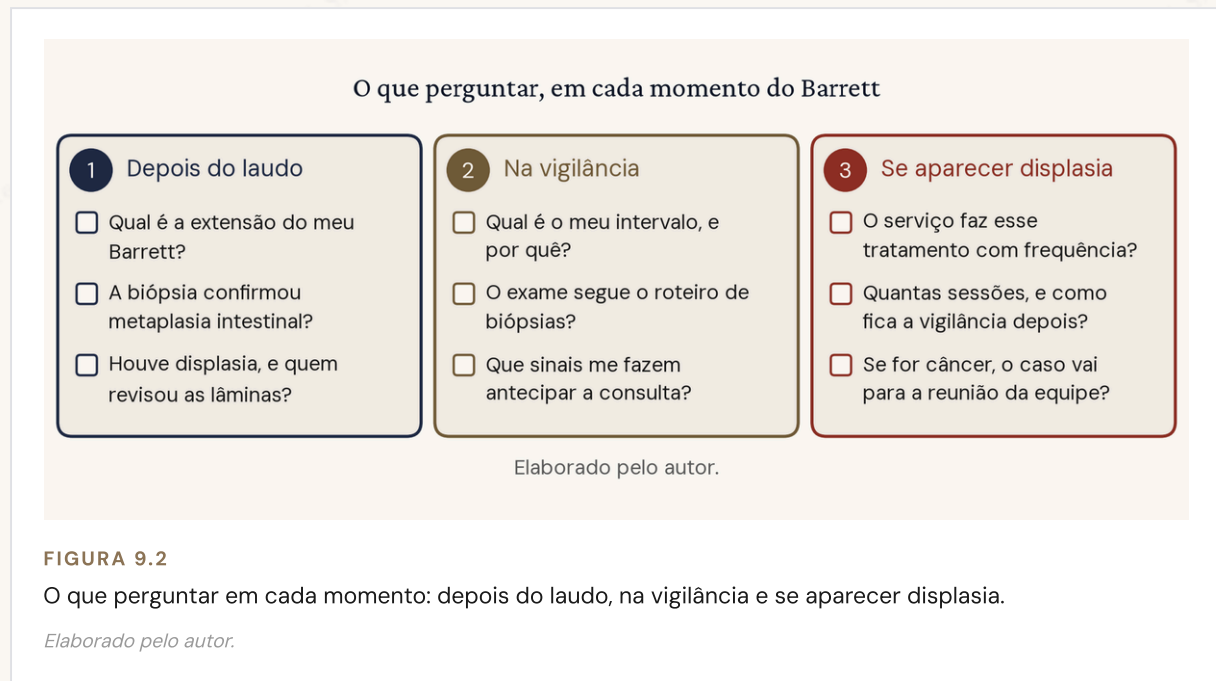
Consulta boa começa com pergunta escrita. Leve esta página impressa, ou aberta no celular.

9.1 O que levar

Do gastroenterologista ao cirurgião, cada profissional do caminho do Barrett responde por uma parte das dúvidas. A consulta passa depressa, e o que mais se perde é o específico: a extensão do seu Barrett e o resultado exato da biópsia. Leve os papéis da Tabela 9.1 e as perguntas da Figura 9.2. Use caneta.

TABELA 9.1 — O QUE LEVAR PARA A CONSULTA

O QUE LEVAR	POR QUE ISSO MUDA A CONSULTA
Os laudos das endoscópias, com as fotos	A extensão do Barrett muda o calendário
Os laudos das biópsias	O grau da displasia define o plano
As datas das endoscopias anteriores	O intervalo da próxima conta a partir da última
A lista dos seus remédios, com dose e horário	O médico ajusta o que for preciso. Quem usa remédio que afina o sangue avisa antes de cada endoscopia; suspender ou não é decisão da equipe
Esta página impressa	Para anotar as respostas ainda no consultório

**PERGUNTE AO SEU MÉDICO**

- Qual é a extensão do meu Barrett, e a biópsia mostrou displasia?
- Quando é a minha próxima endoscopia, e por que nesse intervalo?
- Quais sinais me fazem antecipar a consulta?

EM UMA FRASE

O Barrett pede acompanhamento. O risco que ele traz foi descrito aqui com os números que existem, e o plano do seu caso se faz com quem acompanha você.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Esôfago

O tubo muscular que leva o alimento da boca ao estômago. Ele atravessa o tórax e cruza o diafragma para chegar à barriga.

Junção esofagogástrica

O ponto em que o esôfago termina e o estômago começa. É ali que o forro do esôfago encontra o forro do estômago.

Forro

A camada de células que reveste o tubo digestivo por dentro. Nos laudos aparece com o nome de mucosa ou de epitélio.

Esôfago de Barrett

A troca do forro do fim do esôfago por um forro parecido com o do intestino, depois de anos de refluxo. Pede acompanhamento por endoscopia.

Metaplasia intestinal

O nome técnico dessa troca de forro. É o que o patologista precisa encontrar na biópsia para confirmar o Barrett.

Células caliciformes

Células que fabricam muco. São típicas do intestino e aparecem no forro do Barrett.

Displasia

A desordem das células vista ao microscópio. É graduada em baixo e alto grau.

Adenocarcinoma do esôfago

O tipo de câncer que nasce do forro trocado do Barrett.

Refluxo gastroesofágico

A subida do conteúdo do estômago para dentro do esôfago.

Endoscopia digestiva alta

Exame em que uma câmera fina desce pela boca e percorre o esôfago, o estômago e o começo do intestino.

Biópsia

O pedaço muito pequeno de tecido retirado durante a endoscopia e examinado ao microscópio.

Patologista

O médico que examina ao microscópio as biópsias e as peças retiradas, e escreve o laudo.

Classificação de Praga

A forma padronizada de medir o Barrett no laudo: quanto a faixa inteira sobe acima da junção e até onde chega a língua mais alta, em centímetros.

Vigilância

A repetição da endoscopia com biópsias em intervalos combinados, para achar a displasia cedo.

Inibidor de bomba de prótons

A classe de remédio que bloqueia a produção de ácido no estômago. Omeprazol, pantoprazol e esomeprazol pertencem a ela.

Funduplicatura

A operação que usa a parte alta do estômago para construir uma válvula ao redor da ponta do esôfago, contra o refluxo.

Ressecção endoscópica

A retirada, pela endoscopia, de uma área do forro, que depois vai inteira ao patologista.

Ablação por radiofrequência

O tratamento endoscópico que destrói o forro trocado que sobrou, para que um forro novo cresça no lugar.

Estenose

O estreitamento do esôfago. Depois da ablação, costuma ser tratado com dilatação pela endoscopia.

Perfuração

Um furo na parede do esôfago. É uma complicação rara do tratamento pela endoscopia.

Mucosa e submucosa

As duas camadas mais internas da parede do esôfago. O câncer restrito à mucosa é chamado T1a; o que chega à submucosa, T1b.

Diferenciação

O quanto as células de um câncer ainda se parecem com as do forro de onde vieram. No laudo da peça, células bem ou moderadamente diferenciadas contam a favor; pouco diferenciadas contam como sinal de risco.

Estadiamento

O trabalho de descobrir até onde um câncer chegou, na parede e fora dela.

Risco relativo

Quantas vezes o risco de um grupo é maior que o de outro.

Risco absoluto

Quantas pessoas, num grupo, têm o evento num período. É o número que este livro usa para decidir.

Frequência natural

A forma de dizer risco que este livro usa: “X em cada 100 pessoas” ou “X em cada 1.000”, em vez de porcentagem solta.

Ensaio randomizado

Estudo em que as pessoas são sorteadas entre dois caminhos. O sorteio é o que permite comparar os dois de forma justa.

Metanálise

Estudo que reúne os resultados de vários estudos sobre a mesma pergunta numa conta só.

Estudo observacional

Estudo que acompanha ou compara pessoas sem sortear quem recebe cada caminho. Mostra associação; sozinho, não prova causa.

Coorte

Um grupo de pessoas acompanhado ao longo do tempo num estudo observacional.

Mediana

O valor do meio: metade das pessoas fica abaixo dele e metade acima. Seguimento mediano de 13 anos quer dizer que metade das pessoas foi acompanhada por mais tempo que isso.

Pessoas-ano

A soma do tempo de acompanhamento de todas as pessoas de um estudo. Cem pessoas seguidas por dez anos somam mil pessoas-ano.

Referências

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

- CODIPILLY, D. C. et al. The Effect of Endoscopic Surveillance in Patients With Barrett's Esophagus: A Systematic Review and Meta-analysis. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 154, n. 8, p. 2068–2086.e5, 2018. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.02.022. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.02.022>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 29458154.
- DESAI, T. K. et al. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus: a meta-analysis. **Gut**, [S. l.], v. 61, n. 7, p. 970–6, 2012. DOI: 10.1136/gutjnl-2011-300730. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2011-300730>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 21997553.
- HVID-JENSEN, F. et al. Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 365, n. 15, p. 1375–83, 2011. DOI: 10.1056/NEJMoa1103042. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1103042>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 21995385.
- JANKOWSKI, J. A. Z. et al. Esomeprazole and aspirin in Barrett's oesophagus (AspECT): a randomised factorial trial. **Lancet**, [S. l.], v. 392, n. 10145, p. 400–408, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31388-6. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31388-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31388-6). Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 30057104.
- MARET-OUDA, J. et al. Antireflux Surgery and Risk of Esophageal Adenocarcinoma: A Systematic Review and Meta-analysis. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 263, n. 2, p. 251–7, 2016. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001438. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001438>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 26501714.
- OLD, O. et al. Barrett's Oesophagus Surveillance versus endoscopy at need Study (BOSS): protocol and analysis plan for a multicentre randomized controlled trial. **Journal of medical screening**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 158–64, 2015. DOI: 10.1177/0969141315575052. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969141315575052>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 25767103.
- OLD, O. et al. Barrett's Oesophagus Surveillance Versus Endoscopy at Need Study (BOSS): A Randomized Controlled Trial. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 169, n. 6, p. 1233–1243.e8, 2025. DOI: 10.1053/j.gastro.2025.03.021. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2025.03.021>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 40180292.
- PHOA, K. N. et al. Radiofrequency ablation vs endoscopic surveillance for patients with Barrett esophagus and low-grade dysplasia: a randomized clinical trial. **JAMA**, [S. l.], v. 311, n. 12, p. 1209–17, 2014. DOI: 10.1001/jama.2014.2511. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.2511>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 24668102.
- RASTOGI, A. et al. Incidence of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus and high-grade dysplasia: a meta-analysis. **Gastrointestinal endoscopy**, [S. l.], v. 67, n. 3, p. 394–8, 2008. DOI: 10.1016/j.gie.2007.07.019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2007.07.019>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 18045592.
- RONKAINEN, J. et al. Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: an endoscopic study. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 129, n. 6, p. 1825–31, 2005. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.08.053. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.08.053>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 16344051.
- SHAHEEN, N. J. et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 360, n. 22, p. 2277–88, 2009. DOI: 10.1056/NEJMoa0808145. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0808145>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 19474425.

- SHAHEEN, N. J. et al. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 117, n. 4, p. 559–587, 2022. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001680. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001680>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 35354777.
- SINGH, S. et al. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. **Gut**, [S. l.], v. 63, n. 8, p. 1229–37, 2014. DOI: 10.1136/gutjnl-2013-305997. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2013-305997>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 24221456.
- WEUSTEN, B. L. A. M. et al. Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. **Endoscopy**, [S. l.], v. 55, n. 12, p. 1124–1146, 2023. DOI: 10.1055/a-2176–2440. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/a-2176-2440>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 37813356.

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 1.2	Os sinais que mudam a agenda de quem tem Barrett, em três níveis: emergência agora, no mesmo dia e na próxima consulta.	Figura_1.2_sinais-de-alerta.png	Elaborado pelo autor.
Figura 2.1	O fim do esôfago e o começo do estômago, em corte. À esquerda, a passagem fechada. À direita, a passagem aberta e o conteúdo do estômago subindo pelo esôfago.	Figura_2.1_passagem-fechada-e-aberta.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 2.2	A junção entre o esôfago e o estômago, com a parede aberta para mostrar o forro. À esquerda, a junção normal: o forro claro do esôfago encontra o do estômago na altura da junção. À direita, o esôfago de Barrett: o forro trocado sobe acima da junção, em faixa e em línguas.	v004_barrett-juncao-normal-e-barrett_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.3	Os dois forros ao microscópio, em desenho esquemático. À esquerda, o forro normal do esôfago, com várias camadas de células achatadas. À direita, o forro do Barrett: uma fileira de células altas, entre elas as células caliciformes, que fabricam muco.	Figura_2.3_forro-normal-e-forro-de-barrett.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 3.1	Sem displasia, displasia de baixo grau e displasia de alto grau: o que cada resultado quer dizer e o que ele costuma mudar no plano.	Figura_3.1_tres-resultados-da-biopsia.png	Elaborado pelo autor a partir de (SHAHEEN et al., 2022) e (WEUSTEN et al., 2023).
Figura 4.1	O mesmo risco contado de dois jeitos: quantas vezes maior que o da população, e quantas pessoas em cada 1.000 recebem o diagnóstico a cada ano.	Figura_4.1_relativo-e-absoluto.png	Elaborado pelo autor a partir de (HVID-JENSEN et al., 2011).
Gráfico 4.2	Em cada 1.000 pessoas com Barrett, quantas recebem o diagnóstico de adenocarcinoma do esôfago em um ano, conforme a biópsia. Os números vêm de estudos diferentes e mostram a ordem de grandeza.	Grafico_4.2_risco-em-mil.png	Elaborado pelo autor a partir de (HVID-JENSEN et al., 2011) e (RASTOGI et al., 2008).
Gráfico 4.3	Pessoas com Barrett sem displasia acompanhadas nos 16 estudos que registraram as mortes: quantas tiveram adenocarcinoma do esôfago e quantas morreram de outras causas.	Grafico_4.3_outras-causas.png	Elaborado pelo autor a partir de (DESAI et al., 2012).
Figura 5.1	O calendário da vigilância no Barrett sem displasia, conforme a ext-		

	ensão do segmento.	Figura_5.1_calendario-da-vigilancia.png	Elaborado pelo autor a partir de (WEUSTEN et al., 2023) e (SHAHEEN et al., 2022).
Figura 5.2	O que se faz dentro de uma endoscopia de vigilância, em quatro passos.	Figura_5.2_endoscopia-de-vigilancia.png	Elaborado pelo autor a partir de (WEUSTEN et al., 2023).
Gráfico 5.3	O ensaio que sorteou a vigilância: em cada 100 pessoas de cada grupo, quantas morreram e quantas tiveram adenocarcinoma do esôfago ao longo do seguimento.	Grafico_5.3_ensaio-boss.png	Elaborado pelo autor a partir de (OLD et al., 2025).
Gráfico 6.1	Em cada 100 pessoas com Barrett, quantas tiveram displasia de alto grau, adenocarcinoma do esôfago ou morte por qualquer causa em cerca de nove anos, conforme a dose do inibidor de bomba.	Grafico_6.1_aspect.png	Elaborado pelo autor a partir de (JANKOWSKI et al., 2018).
Figura 6.2	A cirurgia do refluxo por dentro. À esquerda, a parte alta do estômago atravessou o hiato alargado e está acima do diafragma. À direita, depois da operação, o estômago voltou para a barriga e o fundo dele envolve a ponta do esôfago, formando a válvula.	Figura_6.2_valvula-da-funduplicatura.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 7.1	O tratamento endoscópico da displasia em quatro passos, do exame que procura a lesão ao forro novo que cresce no lugar.	Figura_7.1_tratamento-endoscopico.png	Elaborado pelo autor a partir de (WEUSTEN et al., 2023) e (SHAHEEN et al., 2022).
Gráfico 7.2	Em cada grupo de 68 pessoas com displasia de baixo grau confirmada, quantas avançaram para displasia de alto grau ou câncer em três anos, com ablação e com vigilância.	Grafico_7.2_ensaio-surf.png	Elaborado pelo autor a partir de (PHOIA et al., 2014).
Figura 8.2	Quem cuida de cada etapa do Barrett, e os dois pontos em que o cirurgião do aparelho digestivo entra.	Figura_8.2_quem-cuida.png	Elaborado pelo autor.
Figura 9.2	O que perguntar em cada momento: depois do laudo, na vigilância e se aparecer displasia.	Figura_9.2_perguntas-por-momento.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 declara não ter recebido patrocínio, honorário, amostra de cortesia ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de medicamentos ou de equipamentos citados nesta obra. Nenhum medicamento aparece

aqui como indicação para o leitor: doses e nomes são os que os estudos publicaram. As ilustrações são didáticas; algumas foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial. A ilustração da capa e as pranchas das Figuras 2.1 e 2.3 vêm da Servier Medical Art, sob licença CC BY 4.0, com o crédito exigido pela licença. Crédito da ilustração da capa: Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0.

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.