

Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), Esôfago de Barrett e o Risco de Câncer de Esôfago.

•*Eu tenho risco de câncer de esôfago?*

Existem dois tipos de tumores: o de células escamosas e o adenocarcinoma. O câncer de células escamosas ocorre mais freqüentemente em pessoas que fumam ingerem álcool excessivamente. Este tipo de câncer não está aumentando em freqüência; por outro lado, o adenocarcinoma vem apresentando aumento em sua incidência e está associado à DRGE. O sintoma mais comum da DRGE é a azia, uma condição que atinge 20% da população americana adulta ao menos duas vezes por semana. Embora esta população tenha um risco aumentado para este tipo de tumor, a grande maioria nunca o desenvolverá. Poucos pacientes com DRGE (estima-se 1-12%) desenvolverão uma mudança no epitélio do esôfago, condição esta chamada de Esôfago de Barrett. Acredita-se que a maioria dos casos de adenocarcinoma do esôfago se originam neste tecido alterado.

•*O que é Esôfago de Barrett?*

É uma condição no qual há uma mudança no epitélio esofágico, tornando-se similar ao epitélio intestinal. É uma complicação da DRGE e está mais presente nos pacientes que apresentam sintomas de refluxo desde quando jovens, que tenham sintomas noturnos e/ou que tenham complicações tais como sangramentos ou estreitamento da luz

do esôfago. A displasia, que é um precursor do câncer, pode-se desenvolver no Esôfago de Barrett, o qual é visto durante a endoscopia, embora o diagnóstico definitivo seja através da confirmação histológica.

•Como o meu médico pode saber se eu tenho Esôfago de Barrett?

Seu médico realizará uma endoscopia digestiva alta (EDA) para o diagnóstico de Esôfago de Barrett. Esta alteração é visível durante a EDA, pois se apresenta de forma diferente do epitélio normal. Embora este exame tenha uma grande acurácia, biópsias desta mucosa serão necessárias para a confirmação do diagnóstico. Seu médico também se utilizará das biópsias para a avaliação da presença ou não de displasia, uma condição pré-cancerosa não visível à endoscopia. Estas biópsias não causam desconforto, raramente apresentam alguma complicação e aumentam em muito pouco o tempo de exame. Assim sendo, o médico poderá lhe falar o resultado da EDA logo após o exame, mas você terá que esperar alguns dias para ter o resultado das biópsias.

•Quem deveria ser examinado para Esôfago de Barrett?

Sabe-se que esta patologia é duas vezes mais freqüente em homens que em mulheres, principalmente naqueles de meia-idade, de origem caucasiana e que apresentam azia por muitos anos. No entanto, não existe concordância entre os médicos sobre quais os pacientes que

deveriam ser submetidos à EDA, pois o Esôfago de Barrett é incomum e o câncer de esôfago é raro, mesmo nos pacientes com sintomas de azia. Uma recomendação é avaliar os pacientes acima de 50 anos de idade que têm sintomas significativos ou que necessitam o uso crônico de medicações para controle da azia. Se esta primeira avaliação for negativa, provavelmente não haverá a necessidade de repeti-la posteriormente.

•Como o *Esôfago de Barrett* é tratado?

O tratamento clínico ou cirúrgico pode efetivamente controlar os sintomas da DRGE. Entretanto, ambos não revertem a presença do Esôfago de Barrett ou o risco de câncer de esôfago. Existem alguns tratamentos experimentais que buscam o controle endoscópico desta patologia, mas estes tratamentos não estão livres de complicações e os seus resultados ainda não estão claros.

•O que é *displasia*?

Displasia é uma condição pré-cancerosa que pode ser diagnosticada somente através de biópsias e exame histológico. Se divide a displasia em “alto-grau” e “baixo-grau” ou “indefinida”. Se esta alteração é encontrada, pode-se recomendar exames endoscópicos mais freqüentes, tentar erradicar este tecido alterado (Barrett) ou ainda indicar cirurgia do esôfago. Seu médico recomendará a melhor opção terapêutica baseado no grau da displasia e no seu atual estado de saúde.

•Se eu tenho Esôfago de Barrett, com que frequência eu deveria realizar exames endoscópicos?

O risco de câncer de esôfago em pacientes com Barrett é bastante baixo, aproximadamente 0,5% por ano (1 de 200). Portanto, o diagnóstico de Esôfago de Barrett não é uma razão para alarme, necessitando, porém, de EDA periódicas. Se a primeira biópsia não evidenciar displasia, novos exames endoscópicos com coleta de material para exame histológico deveriam ser repetidos a cada 1-3 anos. Se, em algum momento, houver o diagnóstico de displasia, seu médico fará novas recomendações.

Considerações importantes: Este material apenas fornece informações generalizadas e não busca diagnósticos definitivos ou tratamentos em qualquer caso particular. É muito importante consultar seu médico em caso de dúvidas e/ou sobre condições específicas.