

8

Tratamento Endoscópico das Estenoses Malignas do Esófago

RECOMENDAÇÕES



INTRODUÇÃO

Aquando do diagnóstico inicial, 70% dos tumores malignos do esófago e cárdia (carcinoma espinho-celular ou adenocarcinoma) são inoperáveis, devido ao estágio avançado da doença e/ou à presença de patologias associadas. O tratamento paliativo deverá assentar na quimio e radioterapia, sendo a terapêutica endoscópica reservada para as principais complicações, como as estenoses, as fístulas e as hemorragias.

Os objectivos principais da terapêutica endoscópica, nas situações de estenose, são o alívio dos sintomas, a manutenção da alimentação oral e a redução do risco de aspiração pulmonar. Atendendo ao prognóstico reservado dos doentes, é importante escolher o tratamento que proporcione a melhor qualidade de vida ao paciente bem como permitir-lhe passar o maior tempo possível no ambiente familiar.

A opção por qualquer modalidade endoscópica de repermeabilização do lúmen esofágico, nas estenoses malignas, deverá ser individualizada, baseando-se nas características tumorais (localização, diâmetro, angulações, ulcerações, fístulas), nas preferências e estado clínico do doente, na experiência da equipa médica e, por último, na disponibilidade dos materiais e técnicas existentes na instituição hospitalar.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- 1) Todas as intervenções endoscópicas devem ser realizadas numa sala ampla, bem apetrechada e com facilidades de radioscopia a qual poderá ser necessária aquando da utilização de contraste, passagem de fio-guia, colocação de prótese, etc.
- 2) A equipa deverá ser constituída por um médico gastroenterologista com experiência na técnica, enfermeiro, auxiliar e, em casos particulares, por médico anestesista e técnico de radiologia. É fundamental o perfeito conhecimento do material a utilizar e dispor de alternativas, caso o procedimento inicial se revele ineficaz.
- 3) Se o doente estiver em regime de ambulatório, deverá ser internado em Hospital de Dia, a fim de ser assegurada uma vigilância por um período de tempo adequado à detecção precoce de eventuais complicações decorrentes da técnica: dor, perfuração e hemorragia
- 4) A terapêutica anticoagulante e antiagregante plaquetar deverá ser suspensa 5 dias antes do procedimento e as recomendações da profilaxia da endocardite serão obrigatoriamente respeitadas, não estando indicada a cobertura antibiótica de rotina. Durante o processo de consentimento informado, os pacientes deverão ser elucidados acerca das técnicas, dos efeitos secundários e da possibilidade de intervenção cirúrgica, caso ocorram complicações graves.
- 5) O doente deverá estar em jejum de 4 a 6 horas. A sedação superficial endovenosa é geralmente necessária, sendo a sedação profunda reservada para situações que requerem a imobilização completa (ex. próteses) ou em que não haja colaboração por parte do doente, sendo a sua execução da responsabilidade do anestesista.

A repermeabilização do lúmen poderá ser feita através de **Processos Mecânicos** – dilatação (dilatadores plásticos, balões hidrostáticos) e/ou próteses – ou **Processos Ablativos** de destruição tumoral – injeção “in situ” de esclerosantes, LASER, árgon-plasma ou terapêutica fotodinâmica. Na maioria das situações há a necessidade de conjugar duas ou mais técnicas com o intuito de permitir uma resolução eficaz da estenose.

DILATAÇÃO

A dilatação está indicada no alívio da disfagia (a qual geralmente ocorre quando o lúmen é inferior a 15 mm), previamente à introdução de endopróteses ou enquanto se aguarda por uma melhoria clínica durante a radioquimioterapia.

O grau de dilatação em cada sessão dependerá da severidade da estenose, sendo o dilatador inicial escolhido após uma estimativa do diâmetro do lúmen esofágico. Os benefícios são habitualmente de curta duração, medidos em dias, até que outros métodos mais duradouros para o alívio da disfagia sejam aplicados.

Utilizam-se os dilatadores de polivinil de Savary, após passagem prévia, com controlo radioscópico, de fio-guia metálico ou de nitinol 0,035 polegadas (da CPRE). Quando se detecta resistência moderada à passagem não deverão ser utilizados mais de 3 dilatadores consecutivos numa única sessão, com incremento de 1 mm entre cada um deles (regra dos 3).

Os balões endoscópicos hidrostáticos tipo TTS apresentam uma maior comodidade para o doente, dado que a dilatação é feita através do endoscópio e existe a possibilidade de se obterem 3 níveis de expansão num só balão. Adicionalmente, não necessitam de fio-guia, têm uma maior força expansiva radial e permitem uma observação imediata do procedimento. Em contrapartida, não existe a percepção da resistência à dilatação e têm custos elevados.

A complicação mais frequente da dilatação é a hemorragia, a qual, contudo, é ligeira e auto-limitada, na grande maioria dos casos. Com efeito, só em situações muito pontuais há necessidade de transfusão sanguínea e/ou de aplicação de técnicas de hemostase endoscópica. A perfuração é a complicação mais temida, dado que a vida do doente se encontra em risco, devendo ser tratada rapidamente, quer pela aplicação de prótese auto-expansível coberta quer pelo recurso à cirurgia. Especial precaução deve ser tomada com os doentes tratados com radioquimioterapia e os enfermos submetidos a cirurgia esofágo-gástrica anterior, devido ao maior risco de perfuração.

PRÓTESES

A colocação de próteses está indicada nas situações de tumores infiltrantes circunferenciais que necessitam de múltiplas dilatações e em que se pretende dar uma resposta rápida e duradoura para a disfagia, sendo o tratamento de eleição nas fístulas malignas para a árvore respiratória ou nas situações de perfuração iatrogénica após manipulação endoscópica. Em caso de dispneia, o doente deverá realizar broncofibroscopia e colocar endoprótese respiratória se houver envolvimento ou compressão tumoral da traqueia.

As próteses auto-expansíveis, metálicas ou plásticas, apresentam vários diâmetros internos elevados (18 a 25 mm), facilidade de inserção – mesmo através de lesões estreitas sem exigir dilatações amplas (12-13 mm), e longa patência luminal com baixas taxas de morbilidade e mortalidade. A oclusão, devido a crescimento tumoral ou hiperplasia da mucosa nas extremidades ou através da malha da prótese, é a principal complicação, a qual poderá ser tratada com argon-plasma, terapêutica fotodinâmica ou introdução de uma segunda prótese.

Existem vários modelos de endopróteses auto-expansíveis, que se diferenciam pelos materiais utilizados, diâmetros e comprimentos, métodos de contenção, revestimento (silicone ou poliuretano), mecanismo anti-refluxo (tumores da transição esofágo-gástrica), métodos de libertação proximal (neoplasias do esofágo cervical) ou distal, devendo a escolha da prótese depender da disponibilidade, familiaridade e preferência pessoal do operador. Após conhecimento das características do tumor, selecção da prótese (deverá ter um comprimento 2 cm superior ao do tumor) e passagem do fio-guia, a introdução será levada a cabo, de modo a fazer coincidir a distância entre os incisivos e a porção média da neoplasia com o meio da prótese. A monitorização endoscópica (com visualização directa nas próteses de introdutor fino) e radioscópica (após marcação das extremidades da neoplasia com “clips” metálicos ou injeção de Lipiodol, bem como através da colocação de marcadores radiopacos na parede externa do tórax) são os métodos utilizados para um controlo eficaz da expansão e posicionamento correctos da prótese.

Uma dieta líquida é permitida no dia seguinte, devendo os doentes ser alertados para evitarem aglomerados sólidos de comida que poderão obstruir o lúmen. As próteses situadas a nível da transição esofágo-gástrica exigem alterações no modo de vida, com medidas anti-refluxo e terapêutica antsecretora (inibidores da bomba de prótons). Deverá também ser encorajada a ingestão de bebidas gaseificadas durante e no final das refeições, com vista à remoção dos resíduos alimentares das malhas da prótese.

TERAPÊUTICA ABLATIVA

Injecção de esclerosante

A ablação química com álcool absoluto é barata e de fácil execução. Executa-se mediante injeção intra-tumoral com agulha, igual às utilizadas nos procedimentos hemostáticos (22 G). A necrose tecidual poderá levar a um alívio temporário da disfagia. As doses de álcool requeridas não estão ainda definidas, mas deverão ser proporcionais ao volume da neoplasia. A dor

torácica após o tratamento é comum, dada a dificuldade em confinar o agente esclerosante unicamente ao tecido tumoral, verificando-se por isso um risco acrescido de fístulas e perfurações. A palição tende a ser curta, havendo necessidade de múltiplas sessões, geralmente intervaladas de 3 semanas.

Electrocauterização e LASER

As electrocauterizações mono e bipolar (Bicap) são pouco utilizadas no tratamento de neoplasias esofágicas avançadas, dada a baixa eficácia de destruição tumoral, inadequado controlo da energia libertada e elevada taxa de complicações (perfuração), não sendo pois recomendável o seu uso.

A coagulação com argon-plasma é um método de não-contacto que usa o gás argon não ionizado para produzir electrocauterização. A ablação é muito superficial (1 a 2 mm) para produzir uma resposta eficaz e duradoura em tumores obstrutivos vegetantes. O seu emprego poderá ser útil para fazer face ao crescimento do tumor nas extremidades ou através da rede das próteses metálicas auto-expansíveis, bem como em situações de hemorragia neoplásica. A aspiração do gás utilizado deverá ser feita frequentemente de forma a evitar desconforto ao paciente.

O tratamento endoscópico com LASER Nd-YAG de alta potência oferece um efeito paliativo da disfagia pela vaporização do tecido maligno que origina, possibilitando atingir profundidades na ordem dos 4 mm. É um método dispendioso que envolve medidas de segurança para o doente e profissionais de saúde (óculos protectores, sala fechada, aspiração adequada do fumo), sendo tecnicamente exigente e necessitando, na maior parte dos casos, de uma segunda sessão terapêutica 48 horas após a primeira. Deverá ser utilizado de maneira retrógrada, após dilatação prévia, em tumores exofíticos e de preferência em segmentos curtos. A duração da resposta varia entre um e dois meses, mas geralmente são necessários múltiplos tratamentos devido ao recrescimento tumoral.

Terapêutica fotodinâmica

Utiliza um agente fotossensibilizante (porfímero sódico ou ácido 5-aminolevulínico) injectado por via endovenosa e que se concentra preferencialmente no tecido neoplásico. Um difusor LASER de baixa potência é guiado por via endoscópica, sendo então, iniciada uma reacção fotoquímica nos tecidos sensibilizados, resultando na necrose tumoral, devido à produção de radicais citotóxicos de oxigénio. A luz vermelha é utilizada para se conseguir maior penetração tecidual. O efeito paliativo é semelhante ao que se consegue com o LASER Nd-YAG com uma profundidade de 4 mm. Contudo, é tecnicamente mais fácil

e mais confortável para o doente, podendo ser utilizado em tumores planos, infiltrativos, em longos segmentos e em neoplasias com localização cervical (junto ao esfíncter esofágico superior). O maior problema é a retenção do agente fotosensibilizante na pele e retina, durante 4 semanas após a sua administração, o que obriga a cuidados especiais de protecção à exposição solar durante esse período, dado o risco de queimaduras graves. Outras complicações, incluem dor retro-esternal, odinofagia, febre, derrame pleural e desenvolvimento de fístulas esófago-traqueais. Acrescente-se, a tudo isto, o seu elevado custo e baixa disponibilidade na larga maioria dos centros hospitalares.