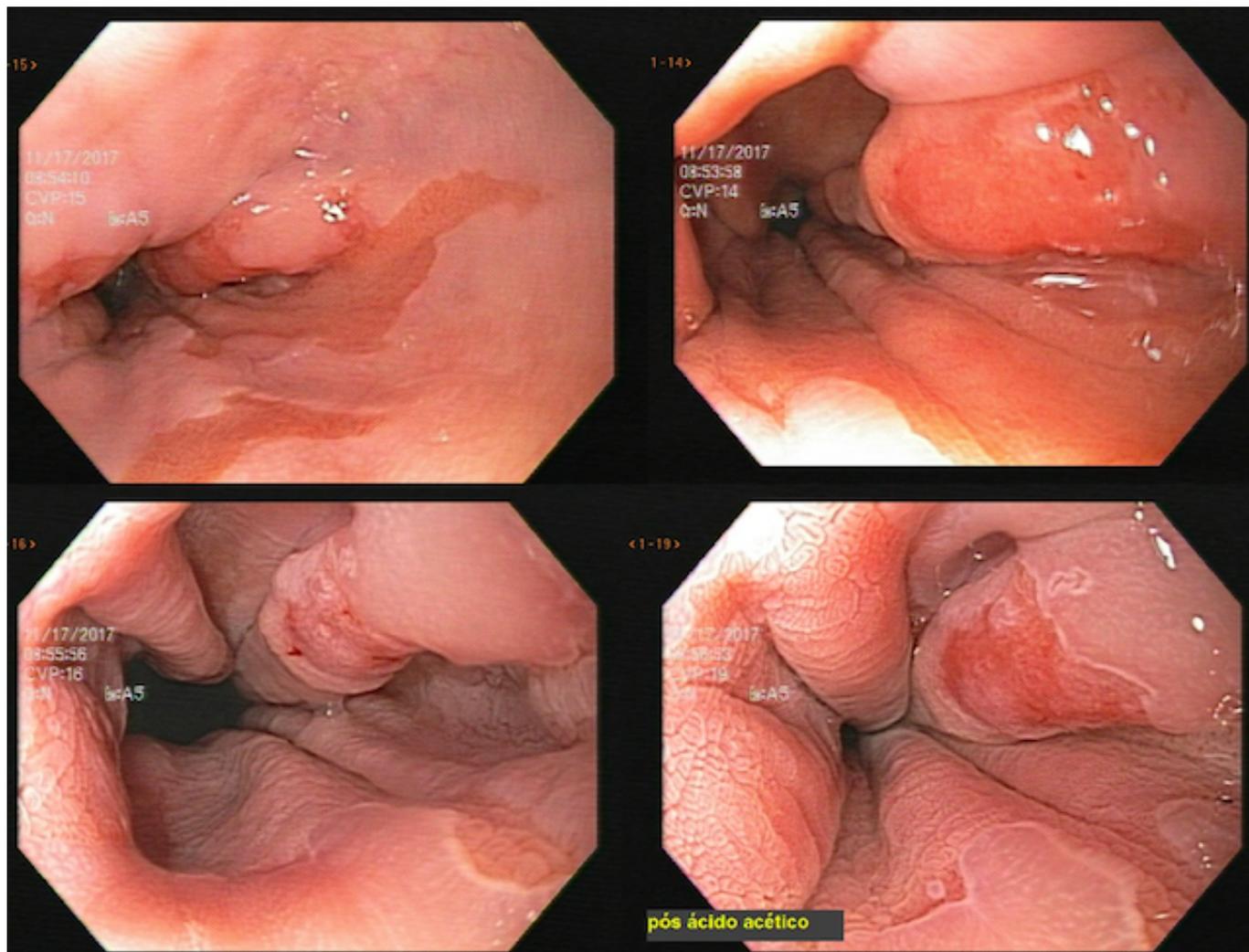


Paciente masculino, 74 anos, encaminhado para realização de endoscopia digestiva alta (EDA) de rotina para acompanhamento de esôfago de Barrett.

A endoscopia revelou esôfago de Barrett curto, porém com área nodular avermelhada não corada com ácido acético.



Biópsia: adenocarcinoma tubular bem diferenciado, ocorrendo em área de displasia de alto grau em esôfago de Barret com metaplasia intestinal incompleta.

Ecoendoscopia: espessamento da mucosa, porém sem sinais de invasão da submucosa profunda ou da muscular própria. Ausência de acometimento linfonodal. Estadiamento T1a N0 Mx

Foi então indicado a mucosectomia para melhor análise da lesão. (Digo melhor análise, pois até este

ponto não sabemos se a ressecção endoscópica pode ser curativa ou não.)

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Duette-Barrett-site.mp4>

Anatomopatológico após a ressecção:

- adenocarcinoma bem diferenciado medindo 0,6 cm,
- Invasão de submucosa medindo 0,2 cm
- Presença de invasão perineural.

A magnitude da invasão submucosa neste caso, extrapola os critérios considerados adequados para ressecção endoscópica segundo a [sociedade europeia de endoscopia \(ESGE - clique para ler esse guideline\)](#).

Segundo esse guideline, o tratamento endoscópico da neoplasia superficial do Barrett é a primeira opção caso a neoplasia seja **restrita a mucosa (T1a)**.

Em neoplasias com **invasão da submucosa (T1b)**, a ressecção endoscópica pode ser uma alternativa à cirurgia se atender aos seguintes critérios histopatológicos:

- neoplasias com invasão na submucosa inferior a 500µm
- histologia bem ou moderadamente diferenciada
- ausência de invasão vascular e linfática
- margens livres

Quanto à técnica de ressecção, a mucosectomia e a ESD parecem ser igualmente eficazes. O artigo abaixo é um estudo prospectivo randomizado muito bem conduzido que ilustra bem essa situação:

[A randomised trial of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for early Barrett's neoplasia. Gut. 2017 May;66\(5\):783-793. Terheggen G et al.](#)

"CONCLUSIONS: In terms of need for surgery, neoplasia remission and recurrence, ESD and EMR are both highly effective for endoscopic resection of early BO neoplasia. ESD achieves a higher R0 resection rate, but for most BO patients this bears little clinical relevance. ESD is, however, more time consuming and may cause severe AE."

Para fechar essa discussão, é importante ressaltar que no caso dos pacientes que já desenvolveram adenocarcinoma ou displasia de alto grau no EB, a ablação do epitélio remanescente deve ser realizada. Isso pode ser feito através de radiofrequência - tecnologia recentemente incorporado em nosso meio - ou através do APC híbrido (não é a técnica de argônio comum!!!). Clique [aqui](#) para ver um vídeo desse procedimento.

Copio trecho do guideline da ESGE:

After endoscopic resection of visible abnormalities containing any degree of dysplasia or neoplasia, complete eradication of all remaining Barrett's epithelium should be strived for, preferably with RFA. (After endoscopic resection of visible abnormalities, recurrence rates between 15 % in 5 years and 30 % in 3 years have been reported for patients in whom the remaining BE is left untreated.)

