

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE ESÔFAGO: PAPEL NA DETECÇÃO PRECOCE, CONFIRMAÇÃO HISTOLÓGICA E MANEJO — UMA REVISÃO NARRATIVA

UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF ESOPHAGEAL CANCER: ROLE IN EARLY DETECTION, HISTOLOGIC CONFIRMATION, AND MANAGEMENT — A NARRATIVE REVIEW

Bárbara Guadalupe Lucena Nogueira¹, Arthur Rodrigues Sobrinho¹, Evair Josino Silva², Thaís Silva de Farias¹

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns; **2.** Professor do curso de Medicina da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Garanhuns. E-mail para correspondência: thais.sfrs8@gmail.com.

Eixo Temático: 1

RESUMO

Introdução: O câncer de esôfago apresenta elevada letalidade e frequentemente é diagnosticado em fases avançadas. A endoscopia digestiva alta (EDA) ocupa posição central na investigação por permitir visualização direta da mucosa e obtenção de material para confirmação histológica. **Objetivo:** Analisar o papel da EDA no diagnóstico do câncer de esôfago, com ênfase na detecção precoce, biópsia, vigilância de condições precursoras, tratamento endoscópico de lesões superficiais e avaliação pós-terapêutica. **Método:** Trata-se de revisão narrativa com busca bibliográfica estruturada, realizada em agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, complementada por diretrizes clínicas contemporâneas. Foram considerados artigos originais, revisões e recomendações de sociedades científicas diretamente relacionadas ao tema; duplicatas, cartas ao editor, relatos de caso isolados e publicações sem pertinência foram excluídos. **Resultados:** A EDA de alta qualidade associada à biópsia permanece como método fundamental para a confirmação diagnóstica. Em indivíduos selecionados com risco para esôfago de Barrett, a endoscopia também integra estratégias de rastreamento e vigilância. Lesões superficiais podem ser tratadas por ressecção endoscópica em casos criteriosamente selecionados. Entretanto, a EDA isolada não realiza o estadiamento completo, que requer integração com ultrassonografia endoscópica e métodos de imagem. Após quimiorradioterapia neoadjuvante, a endoscopia com biópsias pode compor protocolos multimodais de avaliação da resposta. **Conclusão:** A EDA é essencial para o diagnóstico e para etapas específicas do manejo do câncer esofágico, mas seu papel deve ser compreendido dentro de uma abordagem multimodal e orientada pelo risco.

Palavras-chave: Neoplasias Esofágicas. Endoscopia Gastrointestinal. Diagnóstico Precoce. Esôfago de Barrett. Biópsia.

ABSTRACT

Introduction: Esophageal cancer has high lethality and is frequently diagnosed at advanced stages. Upper gastrointestinal endoscopy (UGIE) plays a central role in investigation because it enables direct visualization of the mucosa and tissue acquisition for histologic confirmation. **Objective:** To analyze the role of UGIE in the diagnosis of esophageal cancer, emphasizing early detection, biopsy, surveillance of precursor conditions, endoscopic treatment of superficial lesions, and post-treatment assessment. **Method:** This narrative review used a structured literature search conducted in August 2026 in PubMed/MEDLINE, SciELO, and the Virtual Health Library, supplemented by contemporary clinical guidelines. Original studies, reviews, and recommendations from scientific societies directly related to the topic were considered; duplicates, letters to the editor, isolated case reports, and non-relevant publications were excluded. **Results:** High-quality UGIE combined with biopsy remains fundamental for diagnostic confirmation. In selected individuals at risk for Barrett esophagus, endoscopy is also part of screening and surveillance strategies. Superficial lesions may be treated by endoscopic resection in carefully selected cases. However, UGIE alone does not provide complete staging, which requires integration with endoscopic ultrasonography and imaging methods. After neoadjuvant chemoradiotherapy, endoscopy with biopsies may be incorporated into multimodal response-assessment protocols. **Conclusion:**

UGIE is essential for diagnosis and for specific stages of esophageal cancer management, but its role should be understood within a multimodal, risk-based approach.

Keywords: Esophageal Neoplasms. Endoscopy, Gastrointestinal. Early Diagnosis. Barrett Esophagus. Biopsy.

INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago permanece como uma neoplasia de elevada mortalidade e importante impacto global. Em 2020, foram estimados aproximadamente 604 mil novos casos e 544 mil óbitos no mundo, com predomínio do carcinoma espinocelular em escala global e maior frequência relativa do adenocarcinoma em diversos países de alta renda. As projeções indicam crescimento substancial da carga da doença até 2040.¹ Além disso, muitos pacientes ainda recebem o diagnóstico em estágios avançados, condição associada a prognóstico desfavorável e maior complexidade terapêutica.²

Nesse contexto, a endoscopia digestiva alta (EDA) ocupa posição central na investigação diagnóstica. A endoscopia de alta qualidade permite inspeção direta da mucosa esofágica, identificação de alterações suspeitas e obtenção de biópsias dirigidas, permanecendo como referência para a detecção e confirmação de neoplasias e de suas lesões precursoras.³ Diretrizes contemporâneas reforçam que a confirmação do câncer de esôfago depende de biópsia endoscópica e recomendam coleta de múltiplas amostras da lesão para adequada caracterização histológica e, quando necessário, análise molecular.⁴

O papel da EDA, entretanto, não deve ser confundido com o estadiamento oncológico completo. Após a confirmação histológica, a avaliação da extensão tumoral exige métodos complementares, incluindo tomografia computadorizada e, conforme o cenário, tomografia por emissão de pósitrons e ultrassonografia endoscópica para melhor caracterização locorregional.⁴ De forma semelhante, o uso endoscópico para rastreamento não é recomendado indiscriminadamente para todos os indivíduos com doença do refluxo gastroesofágico. No esôfago de Barrett, as recomendações atuais concentram o rastreamento em grupos selecionados de maior risco e estabelecem vigilância conforme características clínicas, extensão do segmento e presença de displasia.⁵

Além do diagnóstico, os avanços da endoscopia terapêutica ampliaram sua participação no manejo de lesões superficiais, enquanto protocolos contemporâneos de avaliação pós-quimiorradioterapia incorporam endoscopia e biópsias como componentes de estratégias multimodais. Assim, torna-se relevante delimitar de maneira crítica as indicações, benefícios e limitações da EDA ao longo da trajetória do câncer esofágico. O presente estudo tem como objetivo analisar o papel da endoscopia digestiva alta no diagnóstico do câncer de esôfago,

com ênfase na detecção precoce, confirmação histológica, vigilância de condições precursoras, tratamento endoscópico de lesões iniciais e avaliação da resposta terapêutica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conduzida por meio de busca bibliográfica estruturada com o objetivo de sintetizar evidências sobre o papel da endoscopia digestiva alta no diagnóstico e em etapas selecionadas do manejo do câncer de esôfago. A busca foi realizada em agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia foi orientada por descritores DeCS/MeSH e termos livres relacionados aos conceitos de neoplasias esofágicas, endoscopia gastrointestinal, diagnóstico precoce, esôfago de Barrett, biópsia e tratamento endoscópico, combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram considerados artigos originais, revisões e diretrizes clínicas em português, inglês, espanhol ou francês, com texto completo disponível e relação direta com o objetivo da revisão. Foram priorizadas publicações recentes e recomendações de sociedades científicas, mantendo-se estudos anteriores quando relevantes para protocolos diagnósticos ou de avaliação de resposta ainda utilizados na prática. Foram excluídos registros duplicados, cartas ao editor, relatos de caso isolados e publicações sem relação direta com o tema.

A seleção foi realizada por leitura de títulos e resumos, seguida da avaliação do texto completo das publicações consideradas pertinentes. A síntese foi organizada em quatro eixos: papel da EDA na detecção e confirmação histológica; rastreamento e vigilância de condições precursoras; tratamento endoscópico de lesões superficiais; e integração da endoscopia ao estadiamento e à avaliação da resposta após tratamento oncológico. Diretrizes contemporâneas foram utilizadas como fontes complementares para verificar a adequação das interpretações clínicas.

RESULTADOS

As evidências analisadas sustentam a EDA de alta qualidade como método fundamental para a avaliação inicial de pacientes com suspeita de câncer de esôfago. A inspeção direta permite localizar e caracterizar alterações mucosas, enquanto a confirmação diagnóstica depende da análise histopatológica de material obtido por biópsia. Revisões recentes destacam que a qualidade técnica do exame, o reconhecimento de alterações discretas e o uso apropriado de técnicas de realce de imagem podem aumentar a detecção de neoplasias precoces.³ A diretriz SEOM-GEMCAD-TTD atualizada recomenda que o diagnóstico confirmatório seja realizado

por biópsia endoscópica e orienta a obtenção de múltiplas amostras, geralmente seis a oito, para representar adequadamente o tumor e fornecer tecido suficiente para análises adicionais.

4

No contexto de prevenção secundária e detecção precoce do adenocarcinoma, a EDA possui papel relevante principalmente em indivíduos com risco aumentado para esôfago de Barrett. A diretriz atualizada do American College of Gastroenterology recomenda estratégia seletiva de rastreamento, evitando a realização indiscriminada de endoscopia em todos os pacientes com refluxo.⁵ Após o diagnóstico de Barrett, a periodicidade da vigilância é definida de acordo com a extensão da metaplasia e a presença ou ausência de displasia. Dados de prática real demonstram que a utilização da endoscopia aumenta conforme a progressão de Barrett para displasia e neoplasia, embora a frequência observada em alguns grupos permaneça abaixo do esperado pelas recomendações.⁶ Além disso, estudos observacionais indicam que a associação entre endoscopia prévia e melhora de sobrevida no adenocarcinoma não é uniforme, reforçando que rastreamento e vigilância devem ser direcionados a populações apropriadas.⁷

Quando a doença é identificada em estágio superficial, a endoscopia também pode assumir função terapêutica. Técnicas como ressecção endoscópica da mucosa e dissecação endoscópica da submucosa permitem remoção de neoplasias selecionadas, preservando o órgão e fornecendo peça para avaliação histopatológica detalhada. A diretriz da American Society for Gastrointestinal Endoscopy de 2023 reconhece a dissecação endoscópica da submucosa como estratégia relevante para diferentes cenários de câncer esofágico inicial, especialmente quando a ressecção em bloco e a avaliação precisa da profundidade e das margens são necessárias.⁸ Esses procedimentos, contudo, dependem de seleção criteriosa, experiência do serviço e avaliação do risco de invasão submucosa e comprometimento linfonodal.

A EDA isolada não deve ser considerada método suficiente para o estadiamento do câncer de esôfago. Após a confirmação histológica, a definição do estágio requer integração com métodos de imagem e, em situações selecionadas, ultrassonografia endoscópica com punção de linfonodos suspeitos.⁴ Na avaliação de resposta após quimiorradioterapia neoadjuvante, o estudo preSANO demonstrou maior desempenho quando a endoscopia com biópsias do tipo bite-on-bite foi combinada à ultrassonografia endoscópica e à punção de linfonodos, enquanto a PET-CT contribuiu para a identificação de metástases intervalares.⁹ Mais recentemente, o ensaio SANO mostrou que, em pacientes com resposta clínica completa definida por avaliação multimodal incluindo biópsias endoscópicas, ultrassonografia e PET-CT, a

vigilância ativa apresentou sobrevida global em dois anos não inferior à cirurgia imediata; esse achado reforça o papel da endoscopia como componente de protocolos estruturados, e não como exame isolado.¹⁰

CONCLUSÃO

A endoscopia digestiva alta é um componente essencial do diagnóstico do câncer de esôfago por permitir visualização direta da mucosa e obtenção de biópsias para confirmação histológica. Seu valor também se estende à vigilância de pacientes selecionados com condições precursoras e ao tratamento de determinadas neoplasias superficiais, desde que observados critérios de elegibilidade e experiência técnica.

Contudo, a EDA não deve ser interpretada como método isolado para todas as etapas do manejo. O estadiamento e a avaliação pós-terapêutica exigem integração com ultrassonografia endoscópica e métodos de imagem, e o rastreamento deve ser direcionado a grupos de maior risco. Dessa forma, a maior contribuição da endoscopia ocorre quando utilizada em protocolos baseados em evidências, com qualidade técnica, confirmação histopatológica e articulação multidisciplinar. Estudos futuros devem aprofundar estratégias de detecção precoce, critérios de seleção para vigilância e impacto clínico das tecnologias endoscópicas avançadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morgan E, Soerjomataram I, Rumgay H, Coleman HG, Thrift AP, Vignat J, et al. The global landscape of esophageal squamous cell carcinoma and esophageal adenocarcinoma incidence and mortality in 2020 and projections to 2040: new estimates from GLOBOCAN 2020. *Gastroenterology*. 2022;163(3):649-658.e2. doi:10.1053/j.gastro.2022.05.054.
2. Deboever N, Jones CM, Yamashita K, Ajani JA, Hofstetter WL. Advances in diagnosis and management of cancer of the esophagus. *BMJ*. 2024;385:e074962. doi:10.1136/bmj-2023-074962.
3. Waddingham W, Graham DG, Banks MR. Latest advances in endoscopic detection of oesophageal and gastric neoplasia. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(3):301. doi:10.3390/diagnostics14030301.
4. Fernández-Montes A, Alcaide J, Custodio AB, Fernández Franco L, Gallego Plazas J, Gómez-Martín C, et al. SEOM-GEMCAD-TTD clinical guideline for the diagnosis and treatment of esophageal cancer (update 2025). *Clin Transl Oncol*. 2026;28(5):1595-1609. doi:10.1007/s12094-026-04291-y.

5. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, et al. Diagnosis and management of Barrett's esophagus: an updated ACG guideline. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(4):559-587. doi:10.14309/ajg.0000000000001680.
6. Sharma P, Falk GW, Bhor M, Ozbay AB, Latremouille-Viau D, Guérin A, et al. Real-world upper endoscopy utilization patterns among patients with gastroesophageal reflux disease, Barrett esophagus, and Barrett esophagus-related esophageal neoplasia in the United States. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(12):e33072. doi:10.1097/MD.00000000000033072.
7. Holmberg D, Ness-Jensen E, Mattsson F, Lagergren J. Endoscopy for gastroesophageal reflux disease and survival in esophageal adenocarcinoma. *Int J Cancer*. 2020;147(1):93-99. doi:10.1002/ijc.32721.
8. Forbes N, Elhanafi SE, Al-Haddad MA, Thosani NC, Draganov PV, Othman MO, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on endoscopic submucosal dissection for the management of early esophageal and gastric cancers: summary and recommendations. *Gastrointest Endosc*. 2023;98(3):271-284. doi:10.1016/j.gie.2023.03.015.
9. Noordman BJ, Spaander MCW, Valkema R, Wijnhoven BPL, van Berge Henegouwen MI, Shapiro J, et al. Detection of residual disease after neoadjuvant chemoradiotherapy for oesophageal cancer (preSANO): a prospective multicentre, diagnostic cohort study. *Lancet Oncol*. 2018;19(7):965-974. doi:10.1016/S1470-2045(18)30201-8.
10. van der Wilk BJ, Eyck BM, Wijnhoven BPL, Lagarde SM, Rosman C, Noordman BJ, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy followed by active surveillance versus standard surgery for oesophageal cancer (SANO trial): a multicentre, stepped-wedge, cluster-randomised, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2025;26(4):425-436. doi:10.1016/S1470-2045(25)00027-0.