



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 1 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO	3
TRATAMENTO	8
ACOMPANHAMENTO.....	10
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO	10
CONFLITOS DE INTERESSE.....	10
REFERÊNCIAS.....	10
SIGLAS	10
HISTÓRICO DE REVISÃO	11

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 2 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de esôfago ocupa a 13ª posição entre os tipos de câncer mais frequentes, apresentando taxas de incidência mais elevadas na Região Sul, para homens e mulheres, onde ocupa a 5ª posição. Em relação à mortalidade, em 2022, ocorreram 8307 óbitos por câncer de esôfago, sendo 6465 em homens e 1840 em mulheres.

Nos Estados Unidos, para o ano de 2025, foram estimados 22070 casos novos e 16250 óbitos por câncer de esôfago.

Entre os fatores de risco para câncer de esôfago encontramos o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o tabagismo como principais fatores. O consumo frequente de bebidas muito quentes também contribui para o aumento do risco. Outros fatores estão associados ao comportamento, como obesidade, baixo consumo de fibras, frutas, vegetais e carnes magras. Doença do refluxo gastroesofágico, esôfago de Barrett e exposições ocupacionais, como às radiações X e gama também aumentam o risco.

A incidência do câncer de esôfago tem aumentado nas últimas décadas, coincidindo com a mudança no tipo histológico e localização do tumor primário. Mundialmente a histologia escamosa é a mais frequente, mas a incidência de adenocarcinoma tem aumentado drasticamente, já sendo a mais prevalente nos Estados Unidos e Europa ocidental. A maioria dos adenocarcinomas está localizada no esôfago distal. A causa dessa alteração ainda é desconhecida.

OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes para estadiamento, tratamento e seguimento de pacientes com neoplasias malignas do esôfago.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Diagnóstico histológico de neoplasia maligna do esôfago, em tratamento ou acompanhamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh).
- Idade acima de 18 anos.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 3 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> – Realização de consulta médica, prescrição médica e solicitação de exames complementares – Preenchimento de Laudo de emissão de Autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC)
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de prescrição médica (dupla checagem) – Assistência de pacientes em infusão – Realização de primeira consulta em enfermagem
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> – Prestar assistência ao paciente no pré, durante e pós infusão – Preparo de medicações utilizadas na pré-quimioterapia
FARMACÊUTICO	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação de prescrição médica (dupla checagem), preparo de medicações

ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO

Estadiamento clínico

- História clínica e exame físico completos. Definição de estado nutricional e funcionalidade (KPS, ECOG).

Exames laboratoriais

- Hemograma, perfil e função hepática, função renal, ionograma, glicemia, sorologias virais.

Avaliação por exames de imagem

- Tomografia (TC) de tórax e abdome.
- Ultrassom endoscópico.
- Punção aspirativa por agulha fina de linfonodos suspeitos.
- Broncoscopia: tumores de esôfago médio e proximal - para afastar envolvimento brônquico.
- Laparoscopia diagnóstica em casos selecionados.

Endoscopia digestiva

Endoscopicamente, as porções do esôfago apresentam a seguinte distância aproximada da arcada dentária:

- esôfago cervical: entre 15 e 20 cm.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 4 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

- esôfago torácico superior: entre 20 e 25 cm.
- esôfago torácico médio: entre 25 e 30 cm.
- esôfago inferior: entre 30 e 45 cm.

Os tumores localizados na junção gastroesofágica (JGE) são divididos em três tipos de acordo com a sua localização e padrão de drenagem linfática:

Siewert I (adenocarcinoma esofagogástrico tipo I): tumores do esôfago distal, com o centro localizado entre 1 e 5 cm acima da JGE anatômica, que invadem a JGE.

Siewert II: tumores verdadeiramente da cárdia gástrica; centro entre 1-2cm abaixo da JEG.

Siewert III: tumores gástricos subcárdicos, com o centro do tumor entre 2 e 5 cm abaixo da JGE, que se infiltra na JGE e no esôfago inferior por baixo.

Classificação celular dos tumores de esôfago

- Adenocarcinoma.
- Carcinoma de células escamosas.

Estadiamento TNM (AJCC, 2017)

- TX** tumor primário não avaliável
- T0** sem evidência de lesão primária
- Tis** displasia de alto grau
- T1a** tumor invade a lâmina própria ou muscular da mucosa
- T1b** tumor invade a submucosa
- T2** tumor invade a muscular própria
- T3** tumor invade a adventícia
- T4a** tumor invade estruturas adjacentes como pleura, pericárdio, diafragma, veia ázigos, peritônio
- T4b** tumor invade outras estruturas adjacentes, como aorta, corpo vertebral ou vias aéreas

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 5 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

- NX** linfonodos regionais não avaliáveis
- N0** sem metástases em linfonodos regionais
- N1** com metástases em um a dois linfonodos regionais
- N2** com metástases em três a seis linfonodos regionais
- N3** com metástases em sete ou mais linfonodos regionais
- M0** sem metástase à distância
- M1** com metástase à distância

O grau histológico e a localização do tumor primário (para os escamosos apenas) também impactam no estadiamento, como segue:

- Gx** o grau histológico não pode ser determinado
- G1** bem diferenciado
- G2** moderadamente diferenciado
- G3** pouco diferenciado
- Lx** a localização do tumor primário não pode ser determinada
- Ls** epicentro da lesão localizada do esôfago cervical até a borda inferior da veia ázigos
- Lm** epicentro da lesão localizada da borda inferior da veia ázigos até a borda inferior da veia pulmonar inferior
- Li** epicentro da lesão localizada da borda inferior da veia pulmonar inferior até o estômago, incluindo a junção esofagogastrica e os dois centímetros proximais do estômago

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 6 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

CARCINOMA ESCAMOSO (CEC)

Clínico (cTNM)

- 0** TisN0M0
- I** T1N0-1M0
- II** T2N0-1M0 ou T3N0M0
- III** T3N1M0 ou T1-3N2M0
- IVa** T4N0-2M0 ou qualquer (qq) TN3M0
- IVb** qqTqqNM1

Patológico (pTNM)

- 0** TisN0M0
- Ia** T1aN0M0G1 ou T1aN0M0Gx
- Ib** T1aN0M0G2-3 ou T1bN0M0 ou T2N0M0G1
- IIa** T2N0M0G2-3 ou T2N0M0Gx ou T3N0M0Li ou T3N0M0G1Ls-m
- IIb** T3N0M0G2-3Ls-m ou T3N0M0Gx ou T3N0M0Lx ou T1N1M0
- IIIa** T1N2M0 ou T2N1M0
- IIIb** T2N2M0 ou T3N1-2M0 ou T4aN0-1M0
- IVa** T4aN2M0 ou T4bN0-2M0 ou T1-4N3M0
- IVb** T1-4N0-3M1

Patológico, pós-terapia neoadjuvante (ypTNM)

- I** T0-2N0M0
- II** T3N0M0

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 7 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

IIIa T0-2N1M0

IIIb T3N1M0 ou T0-3N2M0 ou T4aN0M0

IVa T4aN1-2M0 ou T4aNxM0 ou T4bN0-2M0 ou T1-4N3M0

IVb T1-4N0-3M1

ADENOCARCINOMA (AC)

Clínico (cTNM)

0 TisN0M0

I T1N0M0

IIa T1N1M0

IIb T2N0M0

III T2N1M0 ou T3N0-1M0 ou T4aN0-1M0

IVa T1-4aN2M0 ou T4bN0-2M0 ou T1-4N3M0

IVb T1-4N0-3M1

Patológico (pTNM)

0 TisN0M0

Ia T1aN0M0G1 ou T1aN0M0Gx

Ib T1aN0M0G2 ou T1bN0M0 G1-2 ou T1bN0M0Gx

Ic T1N0M0G3 ou T2N0M0G1-2

IIa T2N0M0G3 ou T2N0M0Gx

IIb T1N1M0 ou T3N0M0

IIIa T1N2M0 ou T2N1M0

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 8 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

IIIb T4aN0-1M0 ou T3N1M0 ou T2-3N2M0

IVa T4aN2M0 ou T4bN0-2M0 ou T1-4N3M0 ou T1-4N0-3M1

Patológico, pós-terapia neoadjuvante (ypTNM)

I T0-2N0M0

II T3N0M0

IIIa T0-2N1M0

IIIb T3N1M0 ou T0-3N2M0 ou T4aN0M0

IVa T4aN1-2M0 ou T4aNxM0 ou T4bN0-2M0 ou T1-4N3M0

IVb T1-4N0-3M1

TRATAMENTO

- Ressecção endoscópica.
- Tratamento com radioterapia e quimioterapia (neoadjuvante ou definitivo).
- Ressecção cirúrgica.
- Quimioterapia (QT).
- Radioterapia (RT).

Procedimentos previstos na Tabela de Procedimentos do SUS:

Paliativo APAC 03.04.02.017-6 - QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO QUIMIOTERAPIA PALIATIVA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE OU ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO - DOENÇA METASTÁTICA, RECIDIVADA OU LOCO-REGIONALMENTE AVANÇADA.

Prévia (neoadjuvante/citorredutora) APAC 03.04.04.011-8 - QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO QUIMIOTERAPIA CONCOMITANTE A RADIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO EM ESTÁDIO DE I ATE IVA.

ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 9 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

Tratamento com QT e RT

Esquema	Drogas	Periodicidade
Paclitaxel + carboplatina (Cross)	Paclitaxel 50mg/m ² EV Carboplatina AUC 2 EV	Semanal durante a RT
Cisplatina + 5FU	Cisplatina 75mg/m ² EV D1 Fluorouracil 1000mg/m ² /dia EV Infusão contínua D1 a D4	Semanas 1 e 5 da RT
Folfox	Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Leucovorin 200mg/m ² EV D1 Fluorouracil 400mg/m ² EV D1 Bolus Fluorouracil 1600mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas, concomitante com RT. Seguido de 3 ciclos após a RT

Quimioterapia

Esquema	Drogas	Periodicidade
QT periopetatória AC JEG	Docetaxel 50mg/m ² EV D1 Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Leucovorin 200mg/m ² EV D1 Fluorouracil 2600mg/m ² EV D1 BIC 24 horas	A cada 2 semanas 4 ciclos pré e 4 ciclos pós gastrectomia (total 8 ciclos)
Cisplatina + 5FU	Cisplatina 80mg/m ² EV D1 Fluorouracil 800mg/m ² /dia EV Infusão contínua D1 a D8	A cada 4 semanas
Folfox	Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Leucovorin 200mg/m ² EV D1 Fluorouracil 400mg/m ² EV D1 Bolus Fluorouracil 1200mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas
Capox	Oxaliplatina 130mg/m ² EV D1 Capecitabina 1000mg/m ² , 2 vezes ao dia, por 14 dias	A cada 3 semanas
Paclitaxel	Paclitaxel 175mg/m ² EV ou Paclitaxel 80mg/m ² EV D1, D8, D15	A cada 3 semanas A cada 4 semanas
Docetaxel	Docetaxel 75mg/m ² EV	A cada 3 semanas
Irinotecano	Irinotecano 250-350mg/m ² EV ou Irinotecano 180mg/m ² EV	A cada 3 semanas A cada 2 semanas

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 10 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

ACOMPANHAMENTO

- Não há consenso na literatura sobre benefício na detecção precoce de recorrência.
- Algumas referências recomendam exame físico e exames laboratoriais a cada 3 meses, por 2 anos, e, semestralmente, por mais 3 anos.
- Exames de imagem podem ser feitos a cada 6 a 12 meses por 3 anos.
- Endoscopia pode ser considerada a cada 3 a 6 meses por 2 anos e a cada 6 meses no terceiro ano após conclusão do tratamento em pacientes manejados com QT + RT e não submetidos a esofagectomia.

CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Óbito.
- Transferência para outro serviço.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Síntese de resultados e comentários – Estimativa de incidência de câncer no Brasil*. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>. Acesso em: 18 ago. 2025.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). *Esophageal cancer treatment (PDQ®)–Health professional version*. National Cancer Institute, 2025. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/esophageal/hp/esophageal-treatment-pdq> . Acesso em: 18 ago. 2025.

SIGLAS

JEG	junção esôfago-gástrica
QT	quimioterapia



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.288 - PÁGINA 11 de 11	
Título do Documento:	CÂNCER DE ESÔFAGO	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 02	

RT radioterapia

TC tomografia computadorizada

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
02	13/01/2026	Atualização em todo o protocolo.

Elaboração/Revisão	Thaís de Melo Passarini, Ellen Brandão Leite Faria - médicas - Oncologia Clínica
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Ellen Brandão Leite Faria
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico