Câncer gástrico precoce: uma doença curável no Brasil

Early gastric cancer: a curable disease in Brazil

INARA DO CARMO LUCCHESE – Médica residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas da PUCRS.
DÉBORA KLEIN FERREIRA – Doutoranda da FAMED-PUCRS.
FABIANE VIEIRA SÁ COPETTI – Doutoranda da FAMED-PUCRS.
FRANSCINE GERSON CARVALHO – Doutoranda.
MARCELO GARCIA TONETO – Professor Doutor do Departamento de Cirurgia da FAMED-PUCRS.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital São Lucas e Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUCRS (FAMED-PUCRS).

✉ Endereço para correspondência:
Marcelo Garcia Toneto
Av Ipiranga, 6690 - Conj 612
90610-000 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-5179
mtoneto@terra.com.br

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi revisar os resultados cirúrgicos e definir o perfil dos pacientes com câncer gástrico precoce (CGP) tratados em hospital universitário no Rio Grande do Sul. **Método:** Quarenta e quatro pacientes tratados por CGP foram estudados de forma retrospectiva. As principais variáveis em estudo foram: idade, gênero, sintomatologia, características anatomopatológicas do tumor, tratamento empregado, complicações do procedimento cirúrgico, mortalidade operatória e sobrevida aos cinco e 10 anos. **Resultados:** A incidência de CGP foi 8,38% dos pacientes ressecados por adenocarcinoma (44/525). Todos os pacientes foram submetidos à ressecção cirúrgica. A média de idade foi de 57,3 anos e o sexo masculino predominou com 61,4% dos casos. O sintoma mais comum foi dor ou desconforto epigástrico em 23 (52,3%) pacientes. A localização mais comum foi no terço distal do órgão em 24 (54,5%) casos. As apresentações macroscópicas mais comuns foram os tipos IIc e III. A linfadenectomia mais empregada foi a D1, em 30 (68,2%) pacientes. Quinze (34,1%) pacientes apresentaram tumor restrito à mucosa e em 29 (65,9%) a lesão invadia até a camada submucosa. Metástases linfonodais foram diagnosticadas em oito (18,2%) pacientes. Houve um (2,3%) óbito operatório e a sobrevida foi de 95,1% e 82,5% aos cinco e 10 anos, respectivamente. **Conclusão:** As excelentes taxas de cura dos pacientes com CGP obtidas pelos cirurgiões japoneses podem ser reproduzidas no Brasil, mesmo na presença de gânglios comprometidos, justificando esforços para aumento no diagnóstico precoce desta neoplasia em nosso meio.

UNITERMOS: Câncer Gástrico Precoce, Gastrectomia, Neoplasia de Estômago, Sobrevida.

ABSTRACT

Objective: *The aim of this study was to evaluate the results of the surgical treatment and the profile of patients diagnosed with early gastric cancer (EGC) in a tertiary care hospital in Southern Brazil.* ***Methods:*** *Forty-four patients who had operations for EGC were retrospectively evaluated. The main variables analyzed were: age, genre, clinical symptoms, site and stage of tumor, surgical procedure, surgical complications, operative mortality and long term survival.* ***Results:*** *The incidence of EGC was 8,38% of the resected patients (44/525). All patients were treated by surgical resection. The mean age at diagnosis was 57,3 years and there was a male predominance of 61,4%. Tenderness or epigastric pain was the most common clinical symptom. Tumors were typically located in the distal third of the stomach (54,5%). Macroscopically, the majority of the lesions were type IIc (45,4%) and III (25%). D1 lymphadenectomy was performed in 30 (68,2%) patients. Fifteen (34,1%) patients had intramucosal tumors and in 29 (65,9%) tumor extended into the submucosa. Eight (18,2%) patients had metastatic lymph nodes. Only 1 (2,86%) patient died of operative complications and the survival rate was 95,1% and 82,5% at five and 10 years respectively.* ***Conclusion:*** *The excellent results reported by Japanese surgeons in the treatment of EGC can be reproduced in Brazil, even in the presence of lymph nodes metastasis, and justify a strong support to increase this diagnosis in our country.*

KEYWORDS: *Early Gastric Cancer, Gastrectomy, Stomach Neoplasm, Overall Survival.*

INTRODUÇÃO

Apesar da diminuição de sua incidência nos países desenvolvidos do Hemisfério Norte, o câncer gástrico ainda é neoplasia maligna freqüente em países em desenvolvimento. O adenocarcinoma gástrico é a segunda causa de morte por doença maligna no mundo, suplantada apenas pelo câncer de pulmão (1). Estimativas para o ano de 2008 indicam que o câncer de estômago será o terceiro em incidência entre homens e o quinto entre as mulheres no Brasil (2). As taxas de sobrevida mostram que menos de 20% dos pacientes estarão vivos 5 anos após o diagnóstico (3). Apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas, da melhora da anestesia, do suporte nas unidades de tratamento intensivo e do advento de tratamentos adjuvantes como a rádio e quimioterapia, a única possibilidade de melhora significativa na sobrevida desses pacientes é quando o tumor for diagnosticado em fases mais iniciais (4). O conceito de câncer gástrico precoce (CGP) foi desenvolvido no Japão e significa o adenocarcinoma restrito às camadas mucosa e submucosa, independente do comprometimento linfonodal (5). No Japão, devido às campanhas de esclarecimento desenvolvidas pelo governo, mais de 50% dos casos diagnosticados são considerados

Recebido: 28/10/2008 – Aprovado: 1/12/2008

14-288-câncer_gástrico_precoce.pmd 309 18/12/2008, 15:41

precoces (6). No mundo ocidental, as taxas de diagnóstico de CGP variam entre 5% e 20 % (7-9). Estudos no Brasil mostram taxas de diagnóstico de CGP entre 2% e 15,8% (10-12). A ressecção endoscópica vem sendo descrita com sucesso para o tratamento das lesões restritas à mucosa (13), porém ainda não é muito utilizada no Brasil devido ao atraso no diagnóstico e à pouca disponibilidade da ecoendoscopia na maioria dos centros. Estudo prévio dessa instituição mostrou que o tratamento com ressecção cirúrgica adequada é seguro, sendo o estágio inicial da lesão o maior fator de proteção para mortalidade operatória (14). Os objetivos deste estudo são: descrever os achados clínicos, as características anatomopatológicas e analisar os resultados do tratamento cirúrgico dos tumores gástricos precoces operados em um hospital universitário.

MÉTODO

Foram estudados retrospectivamente todos os pacientes submetidos à ressecção gástrica com intenção curativa para o tratamento do adenocarcinoma gástrico no período de janeiro de 1994 a março de 2008. Todos os pacientes foram diagnosticados por endoscopia digestiva alta com biópsia. Os dados obtidos foram analisados a partir de acompanhamento realizado pelos autores no atendimento desses pacientes durante a internação e no período pós-operatório realizado nos ambulatórios da instituição. Foram excluídos do estudo todos os casos com tipo histológico que não o adenocarcinoma gástrico, tumores com invasão além da camada submucosa e pacientes submetidos previamente a tratamento rádio e/ou quimioterápico.

As principais variáveis em estudo foram: idade, sexo, sintomas que indicaram a endoscopia digestiva alta, localização do tumor no estômago, procedimento cirúrgico realizado, tamanho da lesão, apresentação macroscópica da neoplasia, grau de diferenciação tumoral, comprometimento linfonodal, complicações associadas ao procedimento cirúrgico, tempo de internação hospitalar, mortalidade operatória, análise da sobrevida livre de doença e sobrevida total. A apresentação macroscópica dos tumores foi classificada conforme a orientação da Sociedade Japonesa para Pesquisa em Câncer Gástrico (5). O estadiamento utilizado foi a classificação da UICC 2002 (15). Os tumores foram classificados de acordo com o grau de diferenciação fornecido pelo patologista, o qual variou de câncer bem diferenciado (G1) até os casos com tumores indiferenciados (G4), com dois graus intermediários (G2 e G3) (16). Foi definido como complicação qualquer evento pós-operatório que necessitou de algum tipo de tratamento adicional àqueles usualmente utilizados no tratamento cirúrgico para essa doença. A mortalidade durante o período pós-operatório foi definida como o óbito nos primeiros 30 dias após a operação, ou até o momento da alta hospitalar (17). As variáveis foram caracterizadas por uma análise descritiva, contendo tabelas de médias e mediana, com desvio padrão e percentagens. Comparações entre grupos foram realizadas através do teste t de Student (dados quantitativos), e pelo teste do χ^2 (dados qualitativos). Os dados foram processados e analisados com o auxílio dos programas Excel 2007 e SPSS para Windows v 12.5. Este estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RESULTADOS

De 525 ressecções gástricas por adenocarcinoma realizadas no período de janeiro de 1994 a março de 2008, foram identificados 44 (8,38%) casos de CGP. A idade variou entre 19 e 93 anos, com média (dp) de 57,27 (±15,79) anos. O sexo predominante foi o masculino, com 27 (61,4%) pacientes. Trinta e sete (84,1%) pacientes eram caucasianos, 4 (9,1%) afro-brasileiros, 2 (4,5%) mistos e 1 (2,3%) asiático. Os principais sintomas que indicaram a endoscopia digestiva alta com biópsia estão representados na Tabela 1. Cabe destacar que as indicações da endoscopia nos 4 pacientes assintomáticos foram: avaliação de varizes esofágicas em doente cirrótico, ingesta de corpo estranho (palito de dente), avaliação de dor abdominal súbita após ingesta de álcool e acompanhamento de tratamento da doença do refluxo. Trinta e um (70,4%) pacientes apresentavam alguma co-morbidade no pré-operatório. A lista das doenças associadas está descrita na Tabela 2.

Trinta e dois (72,7%) pacientes foram submetidos à gastrectomia parcial distal e 10 (22,7%) pacientes sofreram ressecção total do estômago. Gastrectomia parcial proximal e ressecção em cunha do tumor foram realizadas em um paciente cada. Linfadenectomia à D2 foi realizada em 13 (29,5%) pacientes, D1 em 30 (68,2%) e D0 em 1 paciente (2,3%).

O tamanho do tumor variou de 0,3 a 8 cm, média (dp) 2,0 (±1,5) cm. Os

Tabela 1 Motivo da realização da endoscopia para o diagnóstico

Sintoma	N (%)
Dor ou desconforto epigástrico	23 (52,3%)
Náuseas/ vômitos / eructações	8 (18,2%)
Pirose / refluxo gastro-esofágico	7 (15,9%)
Inapetência / Intolerância alimentar / emagrecimento	6 (13,6%)
Sangramento gastrointestinal (melena / anemia)	4 (9,1%)
Hemorragia digestiva	2 (4,5%)
Assintomáticos	4 (9,1%)
Total*	54

* A soma dos valores é maior do que o número de pacientes devido ao fato de alguns pacientes possuírem mais de um sintoma.

14-288-câncer_gástrico_precoce.pmd 310 18/12/2008, 15:41

Tabela 2 Doenças associadas no momento do diagnóstico

Sintoma	N (%)
Hipertensão arterial sistêmica	11 (25%)
Cardiopatia isquêmica	5 (11,4%)
Diabete melito tipo 2	3 (6,8%)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	3 (6,8%)
Doenças da tireóide	3 (6,8%)
Cirrose	2 (4,5%)
Miastenia gravis	1 (2,3%)
Insuficiência renal crônica	1 (2,3%)
Hepatite crônica pelo vírus C	1 (2,3%)
Carcinoma papilífero de tireóide prévio	1 (2,3%)
Cirurgia prévia de úlcera péptica	1 (2,3%)
Total*	32

* A soma dos valores é maior do que o número de pacientes com co-morbidades devido ao fato de alguns pacientes possuírem mais de uma doença.

locais mais acometidos foram o terço distal, em 24 (54,5%) casos, e o terço médio, em 14 (31,8%). Cinco (11,4%) tumores estavam no terço proximal do órgão e um (2,3%) apresentava tumor no coto gástrico 15 anos após gastrectomia parcial por úlcera péptica. Uma (2,3%) paciente apresentava lesão multicêntrica. As margens cirúrgicas foram livres de comprometimento tumoral em todos os pacientes.

Quinze (34,1%) pacientes apresentaram tumor restrito à mucosa e em 29 (65,9%) a lesão invadia até a camada submucosa. O número de linfonodos retirados variou de 2 a 42, com média de 10,6 (±7,8) gânglios por peça estudada. Oito (18,2%) pacientes apresentavam linfonodos comprometidos, sendo 3 (20,0%) nos restritos à mucosa e cinco (17,2%) dos que invadiam a submucosa (P=NS). A apresentação macroscópica mais comum foi o tipo superficial deprimido (IIc) em 20 (45,4%) casos (Tabela 3). O grau de diferenciação mais comum foi o moderadamente diferenciado (G2), em 18 casos (40,9%), seguido pelo G4, em 16 (36,4%), G3, em 6 (13,5%), e G1, em 4 (9,1%).

O tempo de internação variou de 5 a 60 dias (mediana: 7 dias). Trinta (68,2%) pacientes obtiveram alta até o 10.º dia de internação. Onze (25,0%) pacientes apresentaram complicações no período pós-operatório, sendo 4 pneumonias tratadas com antibioticoterapia e fisioterapia respiratória. Um (2,3%) paciente cirrótico apresentou encefalopatia portossistêmica tratada com suporte clínico. Uma (2,3%) paciente apresentou tromboembolismo pulmonar tratada com medidas clínicas e anticoagulação. As complicações mais graves foram as deiscências das anastomoses, que ocorreram em 5 (11,4%) pacientes. Todos necessitaram de reoperação, sendo esta a causa do único óbito desta série, em decorrência de complicações sépticas ocorridas em paciente de 76 anos submetida a gastrectomia total por tumor localizado no terço proximal do estômago. Dois (4,5%) pacientes foram submetidos a tratamento adjuvante com químio e radioterapia.

O tempo de seguimento médio foi de 64 meses, variando entre 6 e 160 meses. Três pacientes foram perdidos no seguimento a longo prazo. As causas e o tempo dos óbitos estão descritos na Tabela 4. Sete pacientes morreram no acompanhamento, porém apenas 1 (2,3%) por recidiva da neoplasia. O único óbito por recidiva tumoral aconteceu em paciente com tumor com invasão da submucosa, tipo IIc, sem metástases linfonodais, que apresentou recidiva em gânglios regionais 76 meses após ser submetido à gastrectomia parcial com linfadenectomia à D1. A sobrevida em 5 anos foi de 95,1% e em 10 anos de 82,5%.

DISCUSSÃO

Mesmo com os avanços diagnósticos e terapêuticos nos últimos anos, o câncer gástrico ainda é problema de saúde pública no Brasil (18). Mais de 90% dos tumores do estômago são malignos, e o adenocarcinoma corresponde a mais de 95% desses tumores (8). A única possibilidade de cura desses pacientes é a ressecção tumoral acompanhada de uma linfadenectomia adequada ao estadiamento do tumor, nos casos em que a doença ainda não apresenta disseminação para órgãos à distância (19). Pacientes com tumores em estágios iniciais são freqüentemente assintomáticos e, portanto, o diagnóstico é realizado tardiamente na grande maioria dos países ocidentais (20, 21). A partir do momento em que o tumor invade a camada muscular, as taxas de

Tabela 3 Aspecto macroscópico da lesão

Sintoma	N (%)
I	3 (6,8%)
IIa	4 (9,1%)
IIb	6 (13,6%)
IIc	20 (45,4%)
III	11 (25%)

Tabela 4 Mortalidade tardia

Causa do óbito	N (40)	Tempo após procedimento (meses)
Recidiva tumoral	1	79
Insuficiência hepática (álcool)	1	6
Insuficiência hepática (vírus B)	1	73
Acidente vascular encefálico	1	84
Câncer de tireóide metastático	1	125
Neoplasia de cólon avançada	1	158
Infarto do miocárdio	1	160

14-288-câncer_gástrico_precoce.pmd 311 18/12/2008, 15:41

sobrevida em 5 anos caem drasticamente (3). Sabe-se da impossibilidade da realização de rastreamento de massa em países onde a incidência da doença não é muito elevada, como no Brasil, devido ao alto custo e à baixa produtividade (22). Porém, atenção aos pacientes dos grupos de risco ou para sintomas de alarme para esta neoplasia são fundamentais para melhora nas taxas de cura deste tumor. Mesmo serviços com grande volume de atendimento de câncer gástrico no Brasil apresentam poucos casos de pacientes com CGP (11). O baixo número de CGP nesta série, semelhante a outros levantamentos no Brasil (12, 23), provavelmente não representa a real incidência em nosso meio, visto que não são estudos epidemiológicos e, além disso, esta pesquisa foi realizada em hospital de referência para casos complexos. A análise do motivo que levou ao diagnóstico dos pacientes deste estudo mostra que o sintoma principal para realização da endoscopia foi dor ou desconforto epigástrico na metade dos casos. Quando comparados aos achados de outra série brasileira, vemos que a dor epigástrica foi o sintoma principal em mais de 90% dos pacientes (23). Como o rastreamento não é realizado de rotina no Brasil, não surpreende que nas séries brasileiras o número de pacientes sem sintomas represente um percentual insignificante dos casos, ao contrário do Japão, onde mais da metade dos pacientes diagnosticados são completamente assintomáticos (24). No Japão, devido à alta incidência da doença, anualmente 6 milhões de pessoas são submetidas a exames de rastreamento na busca do diagnóstico do CGP (25). Esse exame consiste em radiografias baritadas com duplo contraste em sete incidências, sendo os pacientes com exames suspeitos encaminhados para endoscopia digestiva alta (24). É necessário entender que, mesmo no Japão, a maior parte dos diagnósticos de CGP é realizado fora dos programas de rastreamento de massa. A compreensão da importância do diagnóstico precoce para a opinião pública e para os médicos é que faz com que, mesmo pessoas assintomáticas, ou com sintomas mínimos, procurem os serviços de saúde para realizar a investigação (24). A análise dos 4 pacientes assintomáticos deste estudo mostra que a realização da endoscopia para outros motivos foi a responsável pelo diagnóstico, mostrando a importância do exame realizado por endoscopista experiente e treinado para identificar estas lesões. A localização típica do CGP é na pequena curvatura do antro, junto à *incisura angularis* (26). Entretanto, diversos estudos têm mostrado uma tendência à mudança no padrão de apresentação do adenocarcinoma. A localização mais comum no terço distal do órgão vem sendo progressivamente substituída por tumores mais proximais (27, 28). Neste estudo, a localização mais comum do tumor foi nos dois terços distais do órgão. A localização da lesão no órgão é importante, pois define o tipo de ressecção a ser empregado, fator que pode implicar uma maior morbidade e mortalidade associadas ao procedimento (14). A conduta frente aos tumores gástricos precoces recomendada pelos autores é de indicar para tumores do terço distal ou tumores do terço médio cuja margem de segurança seja maior do que 5 cm, gastrectomia parcial. Nos demais tumores do terço médio e nos localizados no terço proximal, a ressecção total é empregada. Nos casos de tumores do fundo ou cárdia foi realizada a gastrectomia total com ressecção do esôfago distal. A possibilidade de uma cirurgia mais econômica com a ressecção proximal do estômago foi empregada (29) em um paciente. Essa é uma alternativa controversa (30) em virtude das complicações que podem ser advindas do procedimento, porém, no entender dos autores, desde que a anastomose esôfago-gástrica seja confeccionada de forma valvulada para impedir o refluxo, pode ser uma boa alternativa em casos selecionados (31). Numa paciente, cujo diagnóstico pré-operatório indicava tumor com lesão restrita à mucosa, foi indicada a ressecção em cunha do tumor localizado na parede anterior do corpo gástrico. Essa é uma alternativa desenvolvida no Japão, com a vantagem de ser facilmente realizada por via laparoscópica (32), desde que o acometimento linfonodal possa ser descartado. De forma similar a outros estudos no Brasil (12, 23), América do Norte (33) e Japão (34), as apresentações macroscópicas mais comuns foram as lesões escavadas ou deprimidas. As neoplasias epiteliais são geralmente classificadas conforme o grau em bem, moderado ou pouco diferenciadas. Esse é um relato rotineiro fornecido pelos patologistas, entretanto a relevância prognóstica desse achado ainda não foi bem estabelecida (8, 35). O grau de subjetividade e os diferentes critérios de interpretação entre patologistas orientais e ocidentais também podem explicar diferenças no resultado do tratamento desta neoplasia no Japão (36). Embora o grau moderadamente diferenciado tenha sido o mais encontrado nesta série, o impacto prognóstico desses achados ainda não está bem elucidado.

No Japão, as taxas de linfonodos comprometidos em tumores restritos à mucosa variam de 2-3% e nos tumores que invadem a submucosa 15-20% (34, 37). Além da invasão da parede, outros fatores prognósticos são o tamanho, o grau de diferenciação e a apresentação macroscópica do tumor (33). Gotoda e colaboradores (34), em estudo com mais de 5.000 pacientes, conseguiram identificar os fatores de risco para metástases linfonodais no CGP. Esse conhecimento é importante, pois possibilita o tratamento desta afecção com procedimentos menos mutilantes do que as gastrectomias usualmente realizadas para o tratamento convencional do câncer gástrico. A identificação de tumores mais iniciais possibilitará o tratamento através da ressecção endoscópica da mucosa, procedimento amplamente utilizado no Japão desde que preencha critérios de indicação bem definidos (37): (1) tumores restritos à mucosa; (2) tipos I, IIa, e IIc, sem evidência de úlcera; (3) bem ou moderadamente diferenciados; e (4) menores do que 2 cm. Neste es-

14-288-câncer_gástrico_precoce.pmd 312 18/12/2008, 15:41

tudo, o número de linfonodos comprometidos foi semelhante nos pacientes com tumores restritos à mucosa e submucosa, achado conflitante com os dados da literatura (12, 23, 33, 34), e que, talvez, possa ser explicado pelo baixo número de pacientes da amostra ou pela variação no número de linfonodos ressecados por peça cirúrgica.

A partir de 2001 foi introduzido em nosso serviço o protocolo de tratamento adjuvante com químio e radioterapia para pacientes com câncer gástrico (38). Apenas dois pacientes desta série seguiram esse tratamento, pois está reservado para pacientes com tumores avançados. Os dois casos incluídos foram de pacientes com tumores com invasão da submucosa com linfonodos perigástricos metastáticos. Na análise da mortalidade tardia desta série, chama a atenção que dois pacientes morreram por neoplasias em outros órgãos. Bozzetti e colaboradores (39) relataram que pacientes operados por CGP têm baixo risco de morrer da neoplasia, porém apresentam risco superior à população geral de desenvolver outros tumores, fenômeno ainda não bem esclarecido.

Tendo em vista o bom prognóstico do CGP, deve ser realizado esforço para o diagnóstico desses pacientes. O conhecimento do comportamento tumoral a partir de dados como a localização, invasão da parede, características macroscópicas e grau de diferenciação, permitirão a individualização do tratamento. Uma época com procedimentos menos invasivos está se iniciando (40) e trabalhos prospectivos randomizados (41, 42) já demonstram as vantagens da laparoscopia sobre o procedimento convencional em pacientes com CGP.

Nesta série, uma revisão de quase 15 anos de acompanhamento, a extensão da linfadenectomia refletiu o julgamento do cirurgião e variou consideravelmente durante o estudo. O tratamento clássico recomendado para o câncer gástrico é a ressecção gástrica com margem de segurança adequada. A linfadenectomia recomendada pelos japoneses é a do tipo D2 e pode ser realizada com baixas taxas de complicações e mortalidade em pacientes ocidentais (43). Entretanto, o surgimento de novas técnicas de cirurgia minimamente invasiva, adequadas para o tratamento de tumores iniciais em pacientes selecionados, é atraente, face às vantagens proporcionadas: menos dor, diminuição do tempo de recuperação, retorno mais precoce às atividades e, fundamentalmente, evitando as seqüelas que podem ser originadas por uma gastrectomia (44). A análise do tratamento do câncer gástrico potencialmente curável apresenta uma tendência a maior radicalidade no ocidente, com dissecções linfonodais ampliadas. Curiosamente, os cirurgiões japoneses, tradicionais defensores da ênfase no tratamento cirúrgico agressivo, iniciaram estudos em busca de tratamentos mais conservadores, tais como a ressecção endoscópica da mucosa e submucosa, ressecções em cunha por laparoscopia e cirurgia endogástrica, com preservação da função gástrica (45). Os resultados desta série, com apenas um paciente mostrando recidiva tumoral em acompanhamento a longo prazo, mostra que a dissecção linfonodal D2 pode não ser necessária em todos os pacientes. Entretanto, a única recidiva ocorreu nos gânglios regionais cerca de 5 anos após o procedimento em paciente submetida a linfadenectomia D1, ficando a dúvida se uma ressecção mais agressiva dos linfonodos poderia ter sido curativa.

CONCLUSÃO

O adenocarcinoma gástrico avançado é uma doença letal. A detecção precoce é vital porém ainda pouco freqüente em nosso meio. Os resultados deste estudo mostram que as excelentes taxas de cura dos pacientes com CGP obtidas pelos cirurgiões japoneses podem ser reproduzidas no ocidente, mesmo na presença de gânglios comprometidos. Além disso, o diagnóstico precoce pode possibilitar aumento do número de pacientes passíveis de tratamentos menos invasivos, com menos seqüelas. Campanhas de esclarecimento da sintomatologia da doença, facilitação do acesso dos pacientes da rede pública aos exames diagnósticos e exames endoscópicos nos pacientes em grupo de risco podem melhorar o prognóstico desta doença. Somente com o aumento do diagnóstico de casos mais precoces dúvidas como a extensão da linfadenectomia, a pesquisa do linfonodo sentinela, o emprego de técnicas minimamente invasivas e o papel do tratamento adjuvante poderão ser solucionadas e permitirão uma individualização no tratamento desses doentes com procedimentos menos agressivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur J Cancer. 2001; 37 Suppl 8:S4-66.
2. Instituto Nacional do Câncer - Ministério da Saúde do Brasil. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2008. Capturado da Internet em 10/10/2008. Disponível em http://www.inca.org.br.
3. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, Clegg L, Eisner MP, Horner MJ, Howlader N, Hayat M, Hankey BF, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review. 1975-2003. National Cancer Institute. Bethesda, 2005.
4. Nakamura K, Ueyama T, Yao T, Xuan ZX, Ambe K, Adachi Y, et al. Pathology and prognosis of gastric carcinoma. Findings in 10,000 patients who underwent primary gastrectomy. Cancer. 1992; 70: 1030-7.
5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma. 2nd English Ed. Gastric Cancer 1998; 1:10-24.
6. Inoue M, Tsugane S. Epidemiology of gastric cancer in Japan. Postgrad Med J. 2005; 81:419-424.
7. Everett SM, Axon ATR. Early gastric cancer in Europe. Gut. 1997; 41: 142-150
8. Clark C, Thirlby R, Picozzi V, Schembre D, Cummings F,Lin E. Gastric Cancer. Curr Probl Surg. 2006; 43:566-670.
9. Desai AM, Pareek M, Nightingale PG, Fielding JWL. Improving outcomes in gastric cancer over 20 years. Gastric Cancer. 2004; 7:196-203.

14-288-câncer_gástrico_precoce.pmd 313 18/12/2008, 15:41

10. Meine GC, Souza AR, Sommer J, Franke L, Tovo CV, Galperim B, Almeida PR. Câncer gástrico: experiência de um hospital geral. Revista AMRIGS. 2004; 48 (2): 86-89.
11. Gama-rodrigues J, Bresciani CJ, Matsuda M, Waitzberg D, Garrido Jr AB, Pinotti HW. Câncer Gástrico. In Pinotti HW. Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo, 1.ed., São Paulo: Ed. Atheneu; 1994, 624-634.
12. Pinto CE, Sousa Filho O, Correa JH, Landim F, Kuroda BR, Oliveira IM. Câncer gástrico precoce: revisão de 47 casos do Instituto Nacional de Câncer nos últimos cinco anos. Rev Col Bras Cir. 2001; 28(3): 161-4.
13. Gotoda T. Endoscopic resection of early gastric cancer: the Japanese perspective. Current Opinion in Gastroenterology. 2006, 22:561-569.
14. Toneto MG, Moreira LF, Jeckel Neto E, Souza HP. Gastrectomia em pacientes idosos – análise dos fatores relacionados a complicações e mortalidade. Rev Col Bras Cir. 2004; 31(6): 373-379.
15. AJCC Cancer Staging Manual, 6. ed., 2002. Capturado da Internet em 30/04/2007. Disponível em http://www.cancerstaging.org.
16. Siewert JR, Fink U, Sendler A, et al. Gastric cancer. Curr Problem Surg. 1997; 34:835-942.
17. Schwarz RE, Karpeh MS, Brennan MF. Factors predicting hospitalization after operative treatment for gastric carcinoma in patients older than 70 years. J Am Coll Surg. 1997; 184(1):9-15.
18. Lourenço LG, Hamada GS. Gastric cancer in Brazil. Gastric Cancer. 2001; 4: 103-105.
19. Dicken BJ, Bigam DL, Cass C, Mackey JR, Joy AA, Hamilton SM. Gastric Adenocarcinoma: Review and Considerations for Future Directions. Ann Surg. 2005; 241: 27-39.
20. Heberer G, Teichmamm RK, Kramling H, Gunther B. Results of gastric resection for carcinoma of the stomach: the European experience. World J Surg. 1988; 12(3): 374-81.
21. Farley DR, Donohue J. Early gastric cancer. Surg Clin North Am. 1992; 72(2): 401-21.
22. Correa P, Piazuelo MB, Camargo MC. The future of gastric cancer prevention. Gastric Cancer. 2004; 7: 9-16.
23. Muraro CLP. Câncer gástrico precoce: contribuição ao diagnóstico e resultado do tratamento cirúrgico. Rev Col Bras Cir. 2003; 30(5): 352-8.
24. Suzuki H, Gotoda T, Sasako M, Saito D. Detection of early gastric cancer: misunderstanding the role of mass screening. Gastric Cancer. 2006; 9: 315-319.
25. Tsubono Y, Nishino Y, Hisamichi S. Screening for gastric câncer in Japan. Gastric Cancer. 2000; 3:9-18.
26. Shang J, Pena AS. Multidisciplinary approach to understand the pathogenesis of gastric cancer. World J Gastroenterol. 2005; 11:4131-9.
27. Jacob CE, Gama-Rodrigues JJ, Bresciani CJC, Zilberstein B, Proscurshim I, Alves VAF, Cecconello I. Trends in tumor location in gastric carcinoma over a 28-year period. Hepato-Gastroenterology. 2007; 54:1297-1301.
28. Craanen ME, Dekker W, Blok P, Ferwerda J, Tytgat GN. Time trends in gastric carcinoma: changing patterns of type and location. Am J Gastroenterol. 1992; 87(5): 572-9.
29. Adachi Y, Katsuta T, Aramaki M, Morimoto A, Shiraishi N, Kitano S. Proximal Gastrectomy and Gastric Tube Reconstruction for Early Cancer of the Gastric Cardia. Dig Surg. 1999; 16:468-470.
30. An JY, Youn HG, Choi MG, Noh JH, Sohn TS, Kim S. The difficult choice between total and proximal gastrectomy in proximal early gastric cancer. Am J Surg. 2008; 196(4):587-91.
31. Harrison LE, Karpeh MS, Brennan MF. Total gastrectomy is not necessary for proximal gastric cancer. Surgery. 1998; 123(2):127-30.
32. Otani Y, Ohgami M, Igarashi N. Laparoscopic wedge resection of gastric submucosal tumors. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2000; 10(1):19-23.
33. Lawrence M, Shiu MH. Early gastric cancer. Twenty-eight-year experience. Ann Surg. 1991; 213:327-34.
34. Gotoda T, Yanagisawa A, Sasako M, Ono H, Nakanishi Y, Shimoda T, Kato Y. Incidence of lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with a large number of cases at two large centers. Gastric Cancer. 2000; 3:219-225.
35. Adachi Y, Shiraishi N, Suematsu T, Shiromizu A, Yamaguchi K, Kitano S. Most important lymph node information in gastric cancer: multivariate prognostic study. Ann Surg Oncol. 2000; 7:503-507.
36. Schlemper RJ, Itabashi M, Kato Y. Differences in diagnostic criteria for gastric carcinoma between Japanese and western pathologists. Lancet. 1997; 349(9067): 1725-9.
37. Sano T, Katai H, Sasako M, Maruyama K. The management of early gastric cancer. Surg Oncol. 2000; 9:17-22.
38. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. N Engl J Med. 2001; 345:725-30.
39. Bozzetti F, Bonfanti G, Mariani L, Miceli R, Andreola S. Risk of second malignancies after surgical treatment for early gastric cancer. Gastric Cancer. 1999; 2(1):74-75.
40. Shehzad K, Mohiuddin K, Nizami S, et al. Current status of minimal access surgery for gastric cancer. Surgical Oncology. 2007; 16, 85-98.
41. Kitano S, Shiraishi N, Fujii K, Yasuda K, Inomata M, Adachi Y. A randomized controlled trial comparing open vs. laparoscopy assisted distal gastrectomy for the treatment of early gastric cancer: an interim report. Surgery. 2002; 131:S306-11.
42. Lee JH, Han HS, Lee JH. A prospective randomized study comparing open vs. laparoscopy-assisted distal gastrectomy in early gastric cancer: early results. Surg Endosc. 2005; 19:168-73.
43. Toneto MG, Hoffmann A, Conte AF, Schambeck J, Ernani V, Souza HP. Linfadenectomia ampliada (D2) no tratamento do carcinoma gástrico - análise das complicações pós-operatórias. Rev Col Bras Cir. 2008; 35(4): 228-234.
44. Noel R, Silva RD, Toneto MG. Complicações da cirurgia gástrica. Acta Médica (Porto Alegre) 2006; 27:72-79.
45. Bresciani C, Perez RO, Jacob CE, Gama-Rodrigues J, Zilberstein B, Cecconello I. Endogastric surgery for gastric diseases – simplifying technical aspects. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007 Oct; 17(5):407-12.

14-288-câncer_gástrico_precoce.pmd 314 18/12/2008, 15:41