



Perfil dos Pacientes com Câncer Gástrico Atendidos no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence no Período de 2007 a 2012

Profile of Gastric Cancer Patients Treated in Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence Between the Period from 2007 to 2012

Rogério Mariotto Bitetti da Silva¹
Rosyane Rena de Freitas²
Thiago Santos Rocha³

1. Médico especialista em Cirurgia Geral e Trauma.
2. Médica especialista em Cancerologia Cirúrgica, preceptora da residência de cirurgia geral e geral avançada e Trauma no Hospital Municipal Dr. Jose de Carvalho Florence – SJC – SP. Chefe do serviço de Oncologia Ginecológica e Pele do Hospital São Francisco Assis – Jacareí – SP. Mestre e doutoranda em ciências da saúde pela Fundação Antônio Prudente - SP, TCBC;
3. Médica especialista em Cirurgia Geral e Trauma e residente em Cirurgia Vascular pela Santa Casa de Santos;

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil dos pacientes com neoplasia maligna de estômago, que receberam atendimento e tratamento no Hospital Municipal Dr. Jose de Carvalho Florence (HMJCF). **Métodos:** Estudo retrospectivo a partir do levantamento de prontuários. Análises foram feitas com uma amostragem e proporções esperadas desiguais e Quadros de contingência. Para se verificar associação entre as variáveis, utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, considerando-se $p \leq 0,05$, em um grau de confiabilidade de 95%. **Resultados:** O sexo masculino é o com maior número de casos na proporção de 2:1. A idade média ao diagnóstico é 65,16 anos. A queixa mais comum apresentada por estes pacientes foi a epigastralgia seguido pela inapetência. A maioria dos tumores encontrava-se no antro gástrico. Cinquenta e nove destes pacientes foram submetidos a cirurgia sendo 45 com intuito curativo. A sobrevida média foi de 15 meses e a taxa de sobrevida em 5 anos de apenas 6%. **Conclusão:** O CG é uma doença muito agressiva e de prognóstico ruim. Suas manifestações iniciais são inespecíficas, o que torna seu diagnóstico em fases iniciais muito difícil.

Palavras chave: Câncer Gástrico, Úlcera gástrica, Perfil de Saúde

ABSTRACT

Objective: Evaluate the profile of patients with malignant neoplasia of stomach, receiving care and treatment in Hospital Municipal Dr. Jose de Carvalho Florence (HMJCF). **Methods:** Retrospective study based on a survey of medical records. Analysis were made with a sampling and unequal expected ratios and contingency tables. To assess the association between variables, will be used the chi-square test, considering $p \leq 0.05$, at a reliability level of 95%. **Results:** The largest number of cases are male, ratio of 2:1. The average age at diagnosis is 65.16 years. Caucasians followed by mulatto were the most frequent with Gastric Cancer. The most common complaint presented by these patients was abdominal pain followed by loss of appetite. Most tumors found in the gastric antrum. Fifty-nine of these patients underwent surgery with curative intent in 45. Twenty of them had some type of metastasis intraoperatively and 12 outpatients progressed to metastatic lesions. The median survival was 15 months and the survivor rate in 5 years was only 6%. **Conclusion:** The Gastric Cancer is a very aggressive and poor prognosis disease. Its initial symptoms are nonspecific, making diagnosis difficult in the early stages.

Keywords: Gastric Cancer, Gastric Ulcer, Health Profile.

Instituição de realização do trabalho:

Hospital Municipal Dr. Jose de Carvalho Florence (HMJCF) – São José dos campos – SP.

Recebido em: fevereiro de 2016.

Aceito em: março de 2016.

Correspondência:

Rogério Mariotto Bitetti da Silva
Rua: Dom Pero Leitão 153 apto 174 - Vila Gumerindo – SP.
CEP: 04134-070
Telefone: 11-2614 1708
r_mbs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Câncer Gástrico (CG) é considerado uma doença neoplásica grave, relativamente frequente, sendo usualmente diagnosticada em estágios avançados em nosso país. Possui características próprias, multivariáveis quanto a sua gênese, histopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico.¹

A estimativa mundial mais recente demonstrou a ocorrência de aproximadamente um milhão de casos novos de câncer do estômago para o ano de 2008,²⁻⁴ configurando-se como a quarta causa mais comum de câncer.⁵ Mais de 70% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento. Além disso, a taxa de incidência é cerca de duas vezes mais alta no sexo masculino do que no feminino.

Maiores incidências são encontradas no Japão, Américas Central e do Sul e Leste da Ásia.^{6,7} No Brasil, esse tumor aparece em terceiro lugar em incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres. No resto do mundo, dados estatísticos revelam declínio da incidência, especificamente nos Estados Unidos, Inglaterra e outros países mais desenvolvidos.⁸

Para o ano de 2012 foram estimados, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), 20.090 novos casos, sendo 12.670 homens e 7.420 mulheres. E ainda um número absoluto de mortes de 22.035, sendo 8.633 homens e 13.402 mulheres (2011).⁹

Até a metade do século XX era a principal causa de morte por câncer entre os homens norte-americanos.⁴ Sua incidência aumenta com a idade, apresentando um pico na sétima década de vida. Cerca de 65% dos pacientes diagnosticados com CG têm mais de 50 anos.⁴

Nas últimas décadas tem-se observado um declínio constante das taxas do CG apesar do número absoluto de novos casos aumentar, possivelmente devido ao envelhecimento da população (entre as causas mais plausíveis encontram-se: melhoria da dieta e modificação do modo de preservar os alimentos com o advento da refrigeração).¹⁰

Acredita-se que a gênese do CG resulte da ação conjunta de fatores ambientais e fatores do hospedeiro em indivíduos geneticamente susceptíveis.¹¹ Importante fator de risco para o CG é a infecção em longo prazo pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Esta é uma das infecções mais comuns no mundo e pode ser responsável por 63% dos casos de câncer gástrico. Acomete cerca de 50% da população, chegando a 90% nos países em desenvolvimento.^{12,13} A alteração da homeostase da mucosa gástrica resultante da agressão crônica, induzida por infecção, fatores alimentares e pela produção local de compostos mutagênicos, desempenha papel chave na patogênese do CG.^{2,11}

Com as descobertas possibilitadas pelo sequenciamento por meio da reação em cadeia de polimerase, foi feito notável progresso nas áreas de citogenética, genética molecular, imunologia, virologia.² Assim diversos estudos defendem a ideia dos fatores genéticos influenciarem no desenvolvimento dessa neoplasia. Tal teoria é corroborada pela incidência de CG ser aproximadamente 20% maior em indivíduos pertencentes ao grupo sanguíneo A.¹¹

Noventa e cinco por cento das neoplasias gástricas malignas são adenocarcinoma. Outros tipos histológicos incluem o leiomiossarcoma, carcinoma de células escamosas, adenoacantoma, tumores

carcinóides, tumores gastrointestinais estromais e linfomas.^{14,15}

O estudo do CG avançou de modo considerável quando em 1962 a Japan Society for Gastroenterological Endoscopy através de um grupo de estudos formado por cirurgiões, endoscopistas, radiologistas e patologistas conceituou e classificou o carcinoma precoce do estômago. Desde então houve grande progressão no estudo da histogênese bem como no campo do diagnóstico e do tratamento.^{11,16}

As formas avançadas são estudadas morfológicamente segundo a classificação de Borrmann e a forma precoce de acordo com a classificação Sociedade Japonesa de CG. E seu tipo histológico pela classificação de Lauren.^{16,17}

A maioria dos pacientes sintomáticos já apresenta uma doença avançada e incurável no momento do diagnóstico. E lesões precoces são normalmente assintomáticas e não frequentemente detectadas fora do âmbito de screenings. Perda de peso e dor abdominal persistente são as queixas mais comuns como sintomas iniciais.¹⁸

Seu tratamento é fundamentalmente cirúrgico, uma vez que é o que proporciona melhores resultados. Seu objetivo é a remoção macroscópica e microscópica regional do tumor, seja por uma remoção total ou parcial do estômago. Outras intervenções que não se enquadrem neste padrão são consideradas paliativas.¹⁹ Modesta melhora do prognóstico ocorreu ao longo das últimas duas décadas, atribuída aos avanços no tratamento cirúrgico, cuidados pós-operatórios e terapias multidisciplinares.²⁰

O CG é um tipo de tumor que não possui um bom prognóstico, sendo a razão mortalidade/incidência considerada alta em

todas as partes do mundo. Sua sobrevivência relativa em cinco anos é considerada baixa, tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos.²¹

Segundo projeção do CENSO/IBGE para o ano de 2010, o município de São José dos Campos, no interior de São Paulo, conta com uma população de 629.921 habitantes distribuídas em uma área de 1.100 km². Dados do DATASUS demonstram que este município apresentou uma média de 44 mortes ano no período de 1996 a 2010, tendo apresentado no ano de 2010 uma taxa de mortalidade de 7,77 a cada 100 mil habitantes.²²

Certamente os dados de incidência refletem com maior fidedignidade a magnitude da ocorrência do câncer, permitindo uma avaliação mais precisa do seu risco real numa população, sendo, portanto um meio eficaz de monitorizar os efeitos das mudanças dos fatores de risco, do impacto do rastreamento de massa (screening) e de outras intervenções.

Contudo já é bem sedimentado que programas de screening é efetivo para detectar CG precoce somente em áreas de alta incidência para esta doença como Japão, local onde metade dos pacientes apresentou tumor precoce.²³

Estratégias para prevenção do CG incluem tanto melhorias no saneamento básico e mudanças no estilo de vida da população como combate a infecção pelo *H. pylori*.²⁴⁻²⁶

O objetivo do presente artigo é de avaliar o perfil dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico atendidos no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence. Assim como, a sintomatologia clínica, tipo de cirurgia empregada, complicações pós-operatórias, características morfológicas e histopatológicas e comportamento do tumor, estadiamento, tempo de tratamento, mortalidade cirúrgica e evolução

de pacientes portadores de câncer gástrico de janeiro de 2007 a dezembro de 2012.

MATERIAIS E MÉTODOS

O HMJCF foi inaugurado em 1978, é 100% SUS e conta com 307 leitos e 1.600 colaboradores, entre médicos, enfermeiros e administrativos os quais realizam cerca de 6 mil consultas, 44 mil exames e mais de 1.500 internações por mês.^{27,28}

Foi realizado um estudo retrospectivo a partir do levantamento de prontuários de todos os pacientes portadores de câncer gástrico no período em estudo, sendo analisados individualmente e seus dados transpostos para instrumento de coleta de dados (anexo1) previamente elaborada, a partir das quais foi possível coletar dados referentes à apresentação clínico-cirúrgica.

A avaliação dos dados foi feita após recrutamento dos prontuários, os quais foram originados à partir de um filtro segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) C 16 - neoplasia maligna do estômago - no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), totalizando 142 prontuários. Assim foi possível o acesso às internações e óbitos dos pacientes internados por esta doença.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HMJCF sob o protocolo 069/13.

Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em função da pesquisa ser *post-factum* e não envolver contato com os sujeitos da mesma, seguindo os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.²⁹

A análise do perfil epidemiológico dos portadores de CG foi calculada a partir das variáveis: idade, sexo, etnia, hábitos, características do tumor, exames diversos e estadiamento pré-operatório, tipo de cirurgia, tratamento adjuvante bem como suas complicações, caracterização de metástases e evolução. Inicialmente as informações foram repassadas para os Softwares Microsoft Excel e Access, a fim de criar um banco de dados e assim serem avaliadas apenas as informações relevantes ao estudo.

Os dados foram analisados pelo software Biostat versão 5.0. Serão feitas análises com uma amostragem e proporções esperadas desiguais e Quadros de contingência. Para se verificar associação entre as variáveis, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson, considerando-se $p \leq 0,05$, em um grau de confiabilidade de 95%.

RESULTADOS

A pesquisa fez o levantamento 81 prontuários. Uma parte deles, 61, não se encontravam disponíveis no SAME do HMJCF, uma vez que a maior parte dos prontuários fica armazenada em um galpão localizado em uma cidade diferente da localização do hospital.

Destes ainda havia seis que não se enquadravam no âmbito da pesquisa, pois se tratavam de doenças diferentes – 2 com neoplasia esofágica e um com neoplasia de papila duodenal e três ainda encontravam-se incompletos, sem condições de coleta adequada dos dados.

De um total de 75 prontuários com dados clínico-cirúrgicos de câncer gástrico (CG) obtiveram-se dados relevantes quanto à epidemiologia desta enfermidade.

O sexo masculino configurou-se como o mais acometido, totalizando 50 homens, conforme mostra a Figura 1.

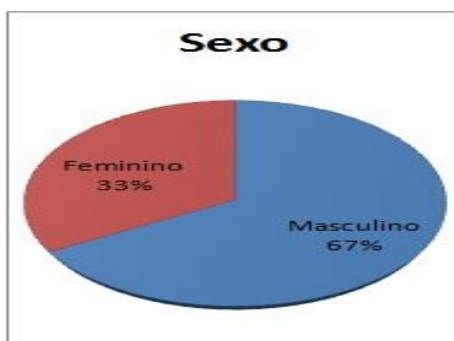


Figura 1 – Distribuição quanto ao sexo

A idade média dos pacientes ao primeiro atendimento com as manifestações típicas do CG foi 65,16 e a mediana de 67 anos, sendo o mais novo com 33 anos e o mais idoso com 92 anos (Quadro1). O principal local onde foram feitos estes atendimentos foi o PS do

HMJCF seguido pelo seu ambulatório, como mostra a Figura 2. O ano de 2011 foi o ano com maior número de atendimentos destes pacientes, seguido pelo ano de 2009 como pode ser visto na Figura 3.

Quadro 1- Idade dos pacientes

<i>Idade</i>		<i>%</i>
<i><40</i>	<i>4</i>	<i>5,35</i>
<i>41-50</i>	<i>6</i>	<i>8</i>
<i>51-60</i>	<i>19</i>	<i>25,35</i>
<i>61-70</i>	<i>21</i>	<i>28</i>
<i>71-80</i>	<i>15</i>	<i>20</i>
<i>>80</i>	<i>10</i>	<i>13,3</i>

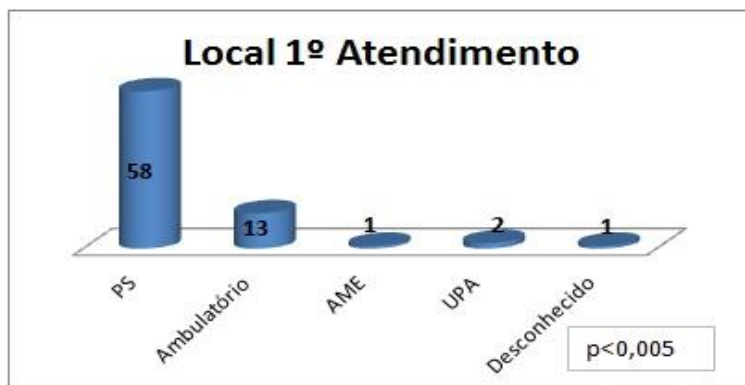


Figura 2 - Local de primeiro atendimento

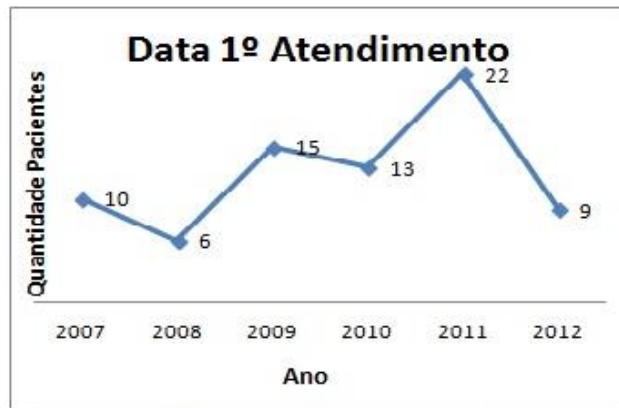


Figura 3 - Data do primeiro atendimento

Etilismo e tabagismo, fatores de riscos bem determinados na patogênese do CG foram encontrados em 16 e 31 pacientes respectivamente. Indivíduos da etnia branca

foram mais acometidos, seguidos pela etnia parda e na sequência negros e amarelos em menor proporção, como mostra a Figura 4.

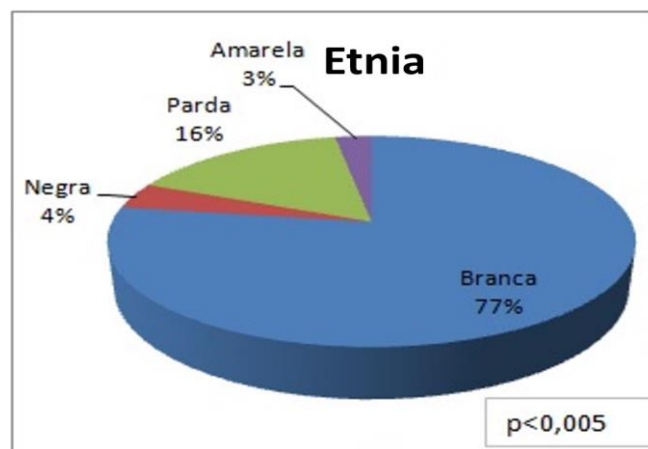


Figura 4 - Quanto a etnia

As manifestações clínicas que fizeram os pacientes procurar um serviço de saúde teve uma gama de variedade ampla, desde um quadro de dispepsia até uma hemorragia digestiva alta de grande monta com necessidade de transfusão sanguínea e intervenção cirúrgica imediata. A queixa mais frequente foi à perda ponderal

seguida pelo sintoma epigastralgia, como é possível ver na Figura 5. As manifestações infrequentes totalizaram menos de 5% das queixas e foram relatadas como anorexia, constipação intestinal, icterícia, pirose, mal estar e astenia e menos comum dor torácica. Achado incomum foi ascite.

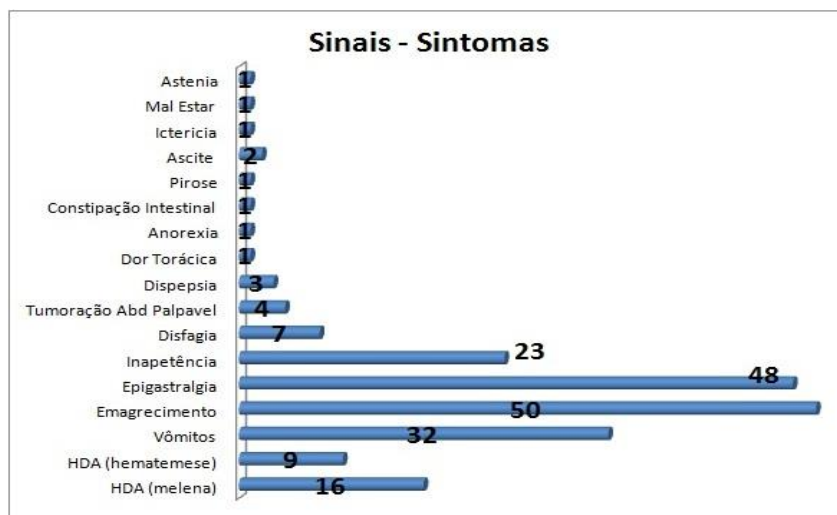


Figura 5 - Manifestações clínicas

Emagrecimento é uma condição inerente às neoplasias, característico de uma síndrome consumptiva. Este achado foi o mais incidente nesta pesquisa sendo relatado ora de forma direta, ora de forma subjetiva ao examinador. A média de perda ponderal destes pacientes foi de 12,74 Kg em um período médio de 3,24 meses. No entanto 14 pacientes negaram o emagrecimento e em 11 prontuários não foi possível determiná-lo.

Dado de extrema relevância a ser questionado durante a anamnese é sobre a história familiar para neoplasias. Este foi

desconhecido em 59 dos prontuários, positivo em apenas quatro e negativo em 12.

De todos pacientes cujos prontuários foram avaliados, quase metade deles (36) haviam realizado Endoscopia Digestiva Alta (EDA) antes ao primeiro atendimento no HMJCF, entretanto 37 deles só tiveram seu diagnóstico aventado após o primeiro atendimento neste hospital e em dois prontuários não foi possível determinar se foi realizada EDA bem como sua data. Os tumores apresentaram-se com características obstrutivas em 30 casos e não obstrutivas em 45 casos e a localização mais comum o antro gástrico, vide Figura 6.

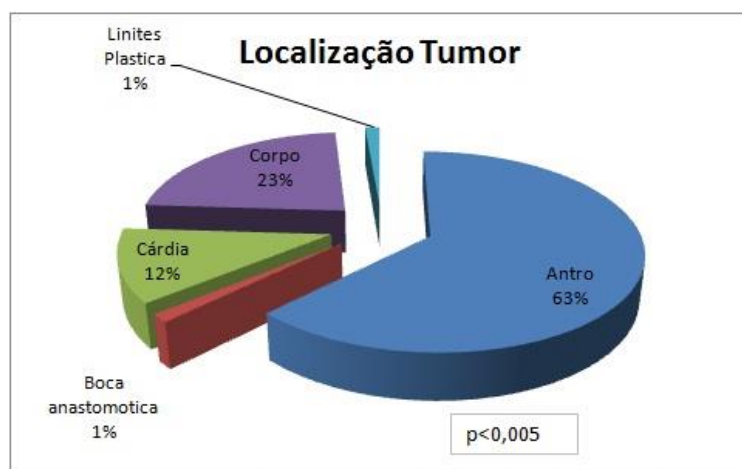


Figura 6 – Localização endoscópica do tumor

O tamanho dos tumores, visualizados ou pela endoscopia ou pelo anatomopatológico da peça cirúrgica, variaram de 0,5 até 15 cm, com média de 5,23 cm. Já o sistema de classificação Borrmann, o qual divide o CG em cinco tipos

dependendo da aparência macroscópica da lesão¹⁶, foi avaliado em todos os pacientes sendo mais encontrado em um estágio moderadamente avançado (Borrmann III) como mostrado na Figura 7.

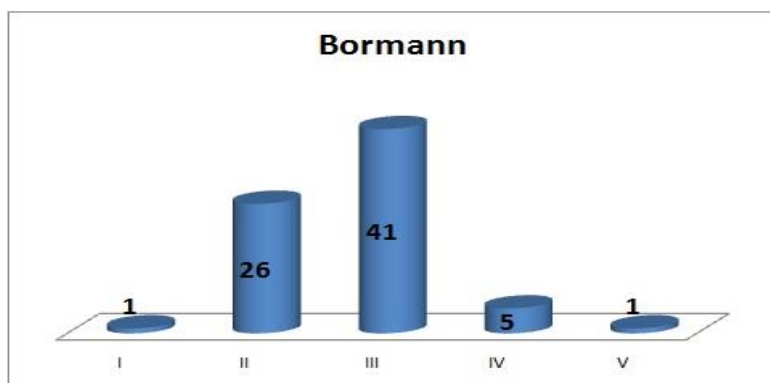


Figura 7 - Classificação de Borrmann

Ainda relevante à evolução e caráter de agressividade da lesão foi avaliado o grau de diferenciação. E este resultado demonstra um achado do tumor em evolução adiantada. Cerca de metade deles apresentavam-se como moderadamente diferenciado e 40% pouco diferenciado (Figura 8). O estágio propriamente dito do tumor foi determinado através do estadiamento TNM, internacionalmente utilizado

em que se leva em conta a profundidade de invasão do tumor, invasão das cadeias linfáticas e metástase à distância, encontrando a maior parte deles muito evoluídos (estadiamento IV), uma pequena porcentagem, 16%, em estágio inicial (conhecido como carcinoma em situ) e em cerca de 7% o estadiamento não pode ser determinado devido falta de informações no prontuário. (Figura 9)

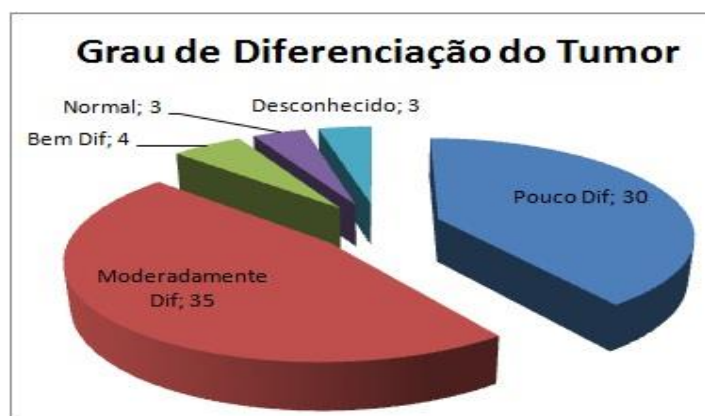


Figura 8 – Grau de diferenciação do tumor

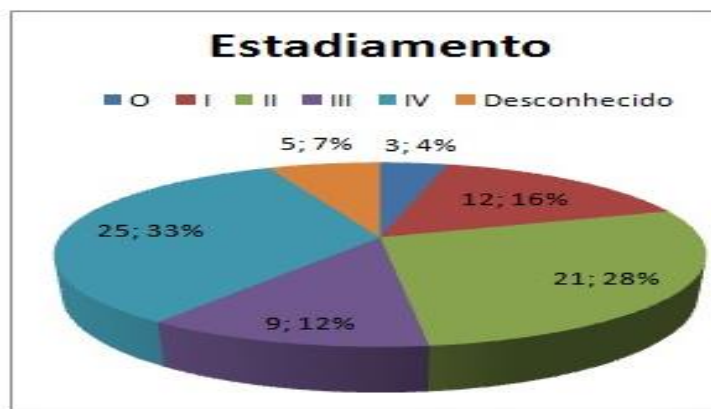


Figura 9 – Estadiamento tumoral

O CEA esteve aumentado em apenas dois pacientes e seu valor de referência normal em 20 pacientes, contudo a maior parte não pode ser determinada ou não foi solicitado. Apesar disto sua média encontra-se muito acima da normalidade devido a um caso isolado em que foi mensurado em 66 ng/ml.

Frente a esta enfermidade, o tratamento cirúrgico foi realizado em 59 pacientes, sendo

três realizados na urgência devido sangramento digestivo alto incoercível, e 16 deles não foram submetidos à intervenção cirúrgica ou porque recusaram, ou porque não haviam condições de operabilidade ou ressecabilidade. Dentre as modalidades cirúrgicas adotadas aquelas com intuítos curativos corresponderam a maior parte das cirurgias (76%) e intervenções paliativas forma indicadas em 14 casos, vide Figura 10.

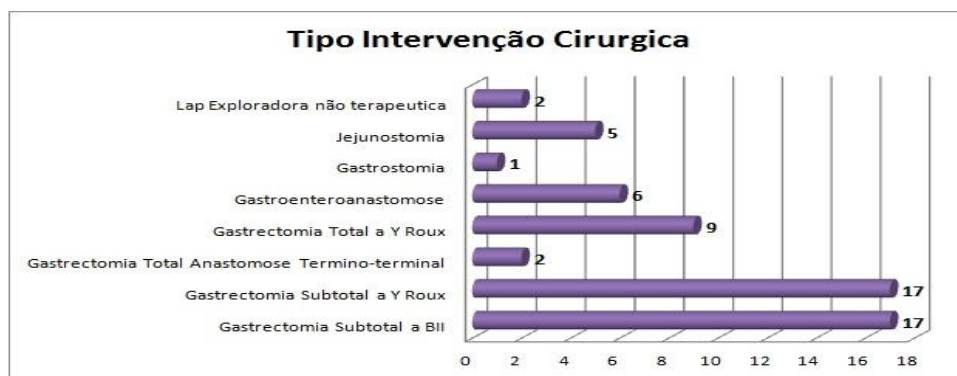


Figura 10 – Tipo de intervenção cirúrgica

E ainda relativo a cirurgias com caráter curativo, em 41 casos foi realizado linfadenectomia regradada a DII e um caso a DI (Figura 11). Em 20 casos foi encontrado algum

tipo de metástase intra-abdominal durante o ato cirúrgico. A maior parte destas correspondendo a 11 casos foi a carcinomatose, seguido pelo acometimento hepático em 7 casos (Figura 12).

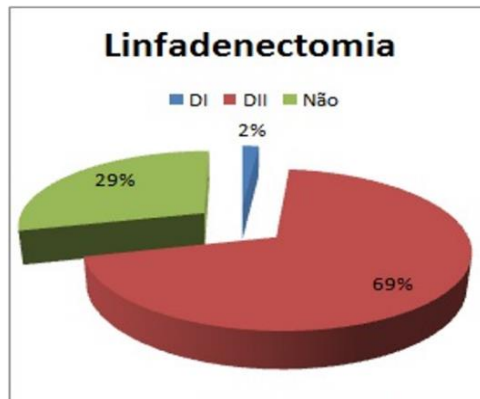


Figura 11 – Tipo de linfadenectomia

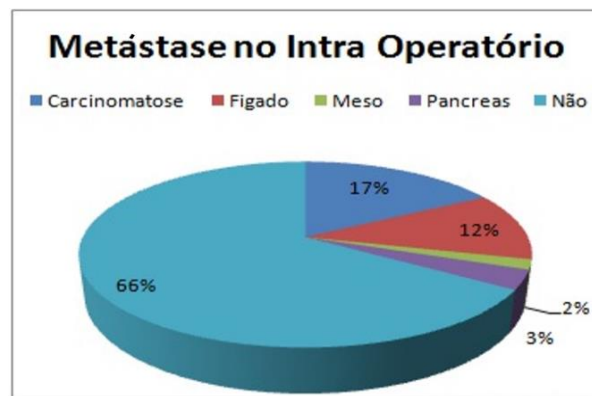


Figura 12 – Metástase no intra-operatório

Avaliando a microscopia, da peça ressecada, no pós-operatório, as margens ressecadas apresentavam-se livres em 41 casos, comprometidas em 4 casos e foi desconhecida em 14 casos bem descrito no Quadro 2. Sobre a

peça foi avaliada a invasão do tumor e foi encontrada infiltração vascular em mais da metade dos casos e sem infiltração em cerca de 40%, como visto na Figura 13.

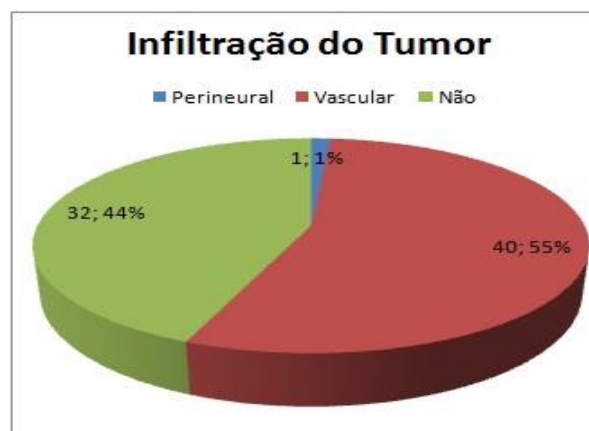


Figura 13 – Infiltração do tumor

Quadro 2 – Margens cirúrgicas

Margens Cirúrgicas	
Livres	41
Comprometidas	4
<i>Proximal</i>	<i>2</i>
<i>Distal</i>	<i>1</i>
<i>Ambas</i>	<i>1</i>
Desconhecida	14

Em seu seguimento pós-operatório uma parcela de pacientes foi submetida à quimioterapia adjuvante (22 pacientes), sendo que a maior parte não necessitou deste tratamento adjuvante (51 pacientes) e em dois deles foi desconhecida a realização desta terapia. A maior

parte dos pacientes (63) evoluiu sem apresentar metástase, enquanto 9 destes pacientes pesquisados evoluíram com algum tipo de lesão tumoral metastática, podendo ser visto seus sítios no Quadro 3.

Quadro 3 – Relação dos sítios metastáticos no pós-operatório

Metástase no Pós-Operatório	
Não	63
Fígado	4
Linfonodo Cervical	1
Linfonodo Retroperitoneal	1
Pulmão	1
Tórax	1
Via Biliar	1
Desconhecido	3

Destes 75 pacientes com CG o tempo total de internação, relacionada à doença, foi de 751 dias, com média de 10,01 dias de internação para cada paciente. Trinta e dois pacientes invariavelmente evoluíram para o óbito, enquanto 15 deles não faleceram e continuam em acompanhamento ambulatorial neste serviço e 28 deles perderam seguimento ambulatorial não podendo ser determinado seu óbito.

Considerando os pacientes que não perderam o acompanhamento e os que se pode definir a data do óbito obteve-se um tempo de sobrevida média de 458 dias ou 15,27 meses. A sobrevida em cinco anos é muito baixa, cerca de 6,45%, enquanto a sobrevida em 1 ano foi de 64,5%. Vide Figura 14.



Figura 14 – Taxas de sobrevida

DISCUSSÃO

O CG é atualmente quarta causa mais comum de câncer. Mais de 70% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento. Apesar de ser a segunda causa de morte por câncer no mundo, em ambos os sexos, sua série histórica mostra declínio em vários países. Apesar disto neste serviço ele apresentou um comportamento ascendente até o ano de 2011 e somente sofreu uma queda em 2012. Possível causa atrelada a este fenômeno pode ser atribuída ao aumento da

população idosa, a qual é a classe mais acometida.

Através do cruzamento de dados do IBGE e DATASUS – em informações de saúde – foi possível determinar a prevalência do CG na cidade de São José dos Campos (sede do HMJCF) nas duas últimas décadas. O crescimento populacional é demonstrado através da Figura 15. Já a prevalência do CG em SJC não apresenta um padrão único de ocorrência, variando ano a ano, entretanto dentro dos limites esperados. Como pode ser visto na Figura 16.



Figura 15 – População de São Jose dos Campos -SP



Figura 16 – Prevalência de câncer gástrico em de São Jose dos Campos -SP

Assim com o determinado pela literatura mundial, no serviço do HMJCF os pacientes com CG do sexo masculino predominam sobre o sexo feminino. Com uma frequência de 2:1, assim como a estimativa do INCA (2011).^{9,35}

A idade média de diagnóstico do CG se deu por volta 65, sendo que 28% dos pacientes apresentavam entre 61 e 70 anos e 86% destes pacientes encontravam-se acima dos cinquenta anos de idade. Sem significância estatística o sexo masculino apresenta uma média de idade

ao diagnóstico de 68,4 anos e mediana de 66, já o sexo feminino apresentou uma média de 63,5 e mediana de 67 anos.

Apresentando significância estatística ($p < 0,005$) e diferindo da literatura encontramos a etnia branca como a mais acometida (77%) seguida de longe pela parda (16%) e somente com uma incidência de 4% a etnia negra, a qual é reconhecidamente a mais incidente.

Outro dado levantado e que se apresentou estatisticamente significativo ($p < 0,005$) foi o local do primeiro atendimento destes pacientes, decretando o PS do HMJCF. Mesmo sem este ser um serviço médico considerado de referência para o tratamento do câncer, ele é porta aberta a população atendida, e assim foi responsável diretamente por cerca de 80% dos diagnósticos.

A grande dificuldade no diagnóstico e prognóstico da doença esta em fazê-lo o mais precoce possível. Isto reside no fato de ser uma enfermidade que se apresenta com sinais e sintomas inespecíficos e pouco relevantes. Assim foi demonstrado neste levantamento que a maior parte destes pacientes apresentasse dor epigástrica e inapetência como principal sintoma e a perda ponderal como principal sinal. Manifestações mais específicas como

sangramento digestivo alto, tumoração abdominal palpável, icterícia, ascite estavam presentes em apenas 16 pacientes.

A história familiar não pode ser bem determinada, caracteristicamente positiva na maioria dos casos, sendo presente em apenas 5% dos casos e desconhecido em 77% deles. A falta de dados ou o não questionamento do mesmo é um agravo sério e demanda maior dificuldade no diagnóstico.

Importante modo de avaliar um paciente no pré-operatório, a fim de determinar capacidade de cicatrização e prever possíveis complicações, é feito através da determinação do perfil nutricional. Este deve ser feito através de medições laboratoriais de proteínas totais e suas frações sendo a mais importante a albumina e transferrina. Além ainda de dados mais simples como a sua medição antropométrica.

Em nenhum dos prontuários há descrição do peso e altura. No entanto foi avaliado o perfil nutricional em 61 pacientes. Os outros não foram encontrados ou por não terem sido solicitados devido a uma intervenção cirúrgica de urgência ou por não ser mais disponível no sistema do laboratório. Os valores encontrados podem ser visualizados na Quadro 4.

Quadro 4 – Dosagem de proteínas e transferrina

Perfil nutricional	Média	Varição
Proteínas totais	5,76	(3,5-8,5)
Albumina	3,14	(1,5-4,2)
Transferrina (2 pcts)	193,5	(124-263)
Desconhecido	14 pacientes	

Assim como encontrado por Parkin et al. (2002) na América do Sul, central e na Ásia, a localização anatômica de maior acometimento foi o antro, seguido pelo corpo (pequena curvatura) e cárdia ($p < 0,005$). As médias de idade ao diagnóstico também apresentaram diferença significativas estatisticamente quando avaliadas segundo a localização do tumor ($p < 0,005$), vide Figura 17. Já o sistema de classificação Bormann apresenta-se semelhante aos dados apresentados na literatura.³⁰ Sendo o

tipo III, já com infiltração a planos mais profundos da parede gástrica, mais frequentemente encontrado, seguido pelo tipo II o qual apresenta uma lesão ulcerada e pouca infiltração. Este é mais um dado que aponta o diagnóstico do tumor avançado uma realidade. Dado que vai de encontro com a literatura é o tipo histológico mais frequente. Sendo neste estudo evidenciado uma taxa de 92% de adenocarcinoma.

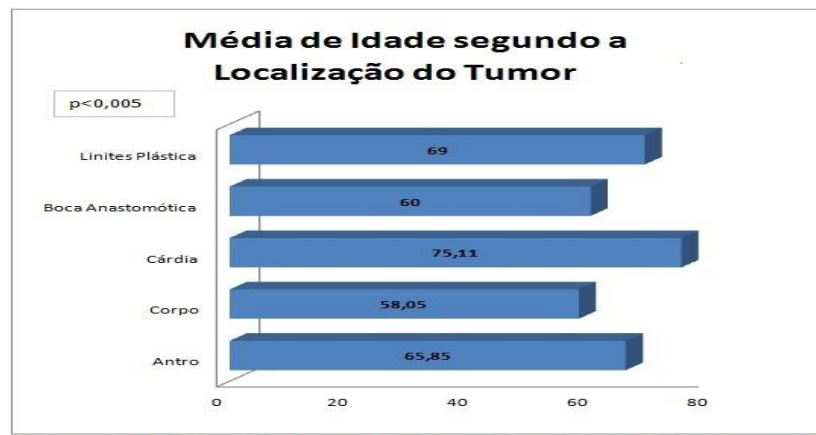


Figura 17- Média de idade de acordo com a localização do tumor

Glicoproteínas séricas envolvidas com adesão celular geralmente estão aumentadas em tumores com invasão linfonodal, metastase à distância e tumores obstrutivos e são importantes na avaliação da evolução e prognóstico da doença.³¹ A dosagem destes marcadores tumorais, em especial o antígeno carcinoembriogênico (CEA) e antígeno de carboidrato 72-4 (CA 72-4), faz parte do

protocolo de condução de CG da maioria dos serviços que tratam esta enfermidade. Este primeiro foi dosado em apenas 30% dos pacientes sendo o restante não dosado ou desconhecido, já o segundo marcador, não disponível neste serviço, não foi dosado em nenhum dos pacientes, como pode ser visto no Quadro 5.

Quadro 5 – Dosagem do CEA no pré e pós-operatório

CEA	Pacientes	Média	Varição
Pré-ops	5	24,62	(2,62-10,22)
Pós-ops	18	7,21	(1,4-66,4)
Desconhecido	52	-----	-----

Como demonstrado por GAMA, em uma série de 1046 pacientes, o estadiamento pré-operatório do CG demonstrou uma maior incidência no estadiamento I e III seguidos pelo estadiamento IV. Diferindo pouco, este estudo encontrou a maior parte no estadiamento IV seguido pelo II e I, ainda assim não apresentando significância estatística.³²

As cirurgias com intuito curativo representaram a maior parte das intervenções cirúrgicas, correspondendo a 76% (45) destas. Delas a gastrectomia subtotal foi a mais realizada sendo a reconstrução tanto a Y de Roux quanto a BII praticadas na mesma

proporção. Ressaltando a intenção curativa, 41 delas foram submetidas à linfadenectomia DII, uma modalidade de ressecção com a mesma mortalidade e sobrevida maior quando comparada a linfadenectomia a DI (realizada uma só vez). Em quatro delas houve necessidade de ressecção de outro órgão, como baço, pâncreas e um caso de esôfago distal (no caso de gastrectomia total) para uma excisão tumoral completa. Em 17 casos não pode ser realizada a linfadenectomia apropriada ou por dificuldade técnica ou devido irressecabilidade do tumor (Quadro 6).

Quadro 6 – Tipos de procedimentos cirúrgicos adotados

Cirurgia	
Gastrectomia Subtotal a BII	17
Gastrectomia Subtotal a Y Roux	17
Gastrectomia Total Anastomose Terminal-terminal	2
Gastrectomia Total a Y Roux	9
Gastroenteroanastomose	6
Gastrostomia	1
Jejunostomia	5
Lap Exploradora não terapêutica	2
Ressecção de múltiplos órgãos	4
	Pâncreas 1
	Baço 2
	Esôfago Distal 1

Uma menor proporção delas, 14 casos ou 24%, a modalidade cirúrgica teve uma finalidade paliativa ou ainda em dois casos não pode ser realizado nada. No primeiro caso foi feito apenas derivações externas do trato digestivo para nutrição como jejunostomia ou gastrostomia. A cirurgia paliativa baseou-se principalmente na presença de metástases. Sendo que 20 delas foram encontradas no intra-operatório, sendo os sítios mais comuns a carcinomatose e o fígado.

Mesmo sem apresentar significância estatística, a taxa de cirurgia radical é maior

quando comparada a outros serviços reconhecidos, como a gastroenterologia do HC-USP que em 30 anos de experiência e 1578 abordados apresentaram uma frequência de cirurgia radical e paliativa de 66 e 34% respectivamente.³²

A taxa de complicações pós-operatórias foi maior quando comparada ao serviço do HC-USP. Apenas 15 pacientes (25%) tiveram ao menos algum tipo de complicação versus 17,9%.³² Dois deles apresentaram 2 complicações não associadas, intercaladas por um intervalo de tempo. E dentre as

complicações mais frequentes foram fistulas, sendo que uma evoluiu com graves complicações e óbito e na sequencia pneumonia, esta mais comum nos pacientes mais idosos. Somente um paciente apresentou deiscência aponeurótica e esta pode ser devido à hipoalbuminemia acentuada (1,9) que o mesmo apresentava. Já a instalação de fistulas e a baixa dosagem de albumina não apresentam correlação estatística significativa ($p>0,005$).

No acompanhamento ambulatorial pós-operatório 22 pacientes foram submetidos a quimioterapia adjuvante e 53 não foram submetidos, ou porque não necessitaram ou porque recusaram. Dois foram ainda submetidos a radioterapia. Nove pacientes evoluíram com lesão metastática no seguimento ambulatorial, sendo a maior parte localizada no fígado (sítio mais frequente de metástase do CG).

O câncer do estômago é um tipo de tumor que não possui um bom prognóstico, sendo a razão mortalidade/incidência considerada alta em todas as partes do mundo. Sua sobrevida relativa em cinco anos é considerada baixa, tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos.⁹ Não obstante a esta realidade mundial neste serviço foi encontrada uma sobrevivência média de 15 meses. Encontramos uma sobrevida em 5 anos muito baixa (6,45%). Já Ries et al e Oshima et al, descreveram que a sobrevida média em 5 anos para pacientes com CG não chega a 30%, na Ásia, Europa e EUA.^{33,34} Gama mostra uma taxa de sobrevida longa somente para pacientes estágios iniciais como I e II.³² Também é demonstrado uma taxa

de sobrevida em 1 ano de cerca de 90%, diferindo da realidade do HMJCF que apresenta-se por volta de 65%.

CONCLUSÃO

O câncer gástrico é uma doença com incidência considerada alta. Acometa mais homens a mulheres em uma proporção de 2:1. Tem geralmente seu diagnóstico tardio, com média aos 65 anos de idade.

Acomete mais a população joesense da etnia caucasiana. Colaborando a dificuldade diagnóstica apresenta-se geralmente com sinais e sintomas não específicos como epigastralgia e inapetência.

A lesão gástrica apresenta-se geralmente com infiltração a planos gástricos mais profundos e com comportamento histológico bem agressivo. A EDA confirma-se como o método de diagnóstico padrão ouro.

O CEA apesar de ser pouco específico e ter sua função não comprovada deve ser mensurado em todos os casos. Assim como o perfil nutricional que é capaz de prever possíveis complicações no pós-operatório.

O tratamento cirúrgico é o mais indicado para extinguir a doença mas deve ser planejado adequadamente, e quando indicado deve ser feito acompanhado de linfadenectomia a DII.

Mesmo com o avanço das técnicas cirúrgicas e tratamentos adjuvantes, o CG continua a ser uma doença extremamente letal e com prognóstico pouco favorável.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez M G, Besa P C. Molecular Basis of cancer and clinical applications. *Surg Clin North Am.* 2000;80:443-57.
2. Pariz W A, editores. Adenocarcinoma gástrico Petroianu A. In: *Clínica cirúrgica do colégio brasileiro de cirurgiões.* São Paulo: Atheneu; 2011. p.333-43.
3. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, eds. *American Joint Committee on cancer staging manual, 7th ed.* New York: Springer; 2010. p.117
4. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston tratado de cirurgia: tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. In: Mercer D W, Robinson E K, eds. *Cancer Gastrico.* 18th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p 1183-1.
5. Zhang X, Li N, Wei W, Yao W, Xie K, Hu J, Shen L, et al. Clinical management of gastric cancer: results of a multicentre survey. *BMC Cancer.* 2011;11:369.
6. Mansfield PF. Clinical features, diagnosis and staging of gastric cancer. Uptodate [Internet]. [Acesso: 2012 Ago 10]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-gastric-cancer>.
7. Mansfield PF. Invasive gastric cancer: Surgery and prognosis. [Internet]. [Acesso: 2012 Ago 10]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-invasive-gastric-cancer>
8. Jemal A, Siegel R, Naishadham D. *Cancer Statistics, 2012.* *CA Cancer J Clin* 2012; 62:10
9. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas sobre câncer gástrico. [Internet]. [Acesso: 2012 Set 20]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>.
10. Hartley LC, Evans E, Windsor CJ. Factors influencing prognosis in gastric cancer. *Aust N Z J Surg.* 1987;57:5-9.
11. Gama-Rodrigues JJ, Del Grande JC, Martinez JC. Tratado de clínica cirúrgica do sistema digestório. In Hamada GS, editor. *Câncer gástrico.* São Paulo: Atheneu; 2004. p. 541-671.
12. The eurogast study group. An international association between *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer. *Lancet.* 1993; 341:1359-62.
13. Watanabe T, Tada M, Nagai H, Sasaki S, Nakao M. *Helicobacter pylori* infection induces gastric cancer in Mongolian gerbils. *Gastroenterology.* 1998;115:642-8.
14. Iriya K. Carcinomas do Estômago In: Bacchi CE, Cardoso de Almeida PC, Franco M editores. *Manual de padronização de laudos histopatológicos.* São Paulo: Sociedade brasileira de patologia; 1995. p.87-9.
15. Leung WK, Sung JJ. Review article: intestinal metaplasia and gastric carcinogenesis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002;16:1209-16.
16. Borrmann R. Geschwulste des magens und duodenums. In: Henke F, Lubarsch O. *Handbuch der speziellen pathologischen anatomie und histologie.* Berlin: J. Springer; 1926. v. 4, part 1, p. 812-1054.
17. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma: an attempt at a histoclinical classification. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 1965;64:31-49.
18. Chmiel J, Wanebo HJ, Kennedy BJ. Cancer of stomach. A patient care study by the american college of surgeons. *Ann Surg.* 1993;218:583.
19. Bozzetti F, Marubini E, Bonfati G, Miceli R, Piano C, Gennari L. Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. *Gastrointestinal Tumor study group.* *Ann Surg* 1999;230:170.
20. Buhl K, Schlag P, Hernfarth C. quality of life and functional results following different types of resection for gastric carcinoma. *Eur J Surg Oncol.* 1990;16:404-9.
21. Japanese Research Society for gastric cancer. The general rules for the gastric cancer study in surgery and pathology. *Jpn J Surg.* 1981;11:127-45.
22. DataSus. Informações em Saúde, Estatísticas Vitais. [Internet]. [Acesso: 2012 Set 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10sp.def>. Acessado em 22/09/2012
23. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American cancer society guidelines for the early detection of cancer. *CA cancer J Clin.* 2006;56:11-25.
24. Kuniyatsu H, Yasui W, Yokozaki H. *Helicobacter pylori* gastrectomy for familial gastric cancer. *Surgery.* 2001;130:612-17.
25. Haugstvedt T K, Viste A, Eide G E, Søreide O. Norwegian multicentre study of survival and prognostic factors in patients undergoing curative resection for gastric carcinoma. The Norwegian stomach cancer trial. *Br J Surg.* 1993;80:475.
26. Hundahl SA, Philips JL, Menck HR. The national cancer data base report on poor survival of US gastric carcinoma patients treated with gastrectomy: Fifth edition American joint committee on cancer staging, proximal disease, and the different disease hypothesis. *Cancer.* 2000;88:921-32.
27. Prefeitura Municipal de São José dos Campos. [Internet]. [Acesso: 2013 Jan 01]. Disponível em: http://www.sjc.sp.gov.br/secretarias/saude/hospital_municipal.aspx

28. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina [Internet]. [Acesso: 2013 Jan 01]. Disponível em: <http://www.spdm.org.br/site/pt/hospital-municipal-dr-jose-de-carvalho-florence-sao-jose-dos-campos.html>
29. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
30. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, eds. *Cancer incidence in five continents*. Vol VIII. Lyon: IARC; 2002.
31. Mandorwski S, Gomes LL, Manoukian FN. CA72-4 e CEA no soro e no lavado peritoneal de doentes com câncer gástrico. *Arq Gastroenterol*. 2002;39(1):17-21.
32. Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro U Jr, Lopasso FP, Deutsch C, Mucerino D, Arab-Fadul R, et al. Fatores de risco para o câncer gástrico. In: Gama-Rodrigues JJ, Lopasso FP, Del Grande JC, Safatle NF, Bresciani C, Malheiros CA, et al., editores. *Câncer do estômago. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Andrei; 2002. p.29-58.
33. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, et al. *SEER cancer statistics review, 1975– 2001*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2004.
34. Oshima A, Kuroishi T, Tajima K, eds. *Cancer statistics-incidence, mortality, and survival - 2004*. Japan: Shinohara Shuppan; 2004.
35. Arregi MMU, Ferrer DPC, Assis ECV, Paiva FDS, Sobral LBG, André NF, et al. Perfil clínico epidemiológico das neoplasias de estomago atendidas no hospital do câncer do instituto do câncer do ceara, período de 2000 a 2004. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(2):121-8.

Anexo 1

Instrumento Coleta de Dados – Neoplasia Gástrica		
DADOS DO PACIENTE		
1 – Nome: _____	3 – Data Nascimento: ___/___/___	4 – Idade: _____
2 – RH: _____	5 – Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	6 – 1º Atendimento: ___/___/___
7 – Etilismo: _____	8 – Tabagismo: _____	9 – Data Cirurgia: ___/___/___
10 – Raça: _____		
ANAMNESE		
11 – Sintomas/ Sinais Pré Op	12 – Antropometria	13 – História Familiar
() HDA	Peso: _____	() Não
() Obstrução	Altura: _____	() Sim Quantos? _____
() Emagrecimento	IMC: _____	Parentesco _____
() Inapetência		() Cólon () Estômago
() Vômitos		() Mama () Ovário
() _____		() Pâncreas () Tireóide
() _____		() Útero () Outro
14 – Perda de Peso Pré Op: _____ Kg		
EXAMES		
15 – Nível Nutricional	16 – Localização do Tumor	17 – Classificação Bormann
Pt total: _____	() Cárdia	() I
Albumina: _____	() Antro	() II
Transferrina: _____	() Pequena Curvatura	() III
	() Grande Curvatura	() IV
18 – Apresentação	() Corpo Alto / Médio / Baixo	
() Obstrutivo	() Não Especificado	
() Não Obstrutivo		
21 – Tipo Histológico	19 – Tamanho da Lesão _____ cm	20 – CEA: _____
		() Pré Op () Pós Op
24 – EDA Prévia? () Não	22 – Grau de Diferenciação _____	23 – Estadiamento
() Sim Data ___/___/___		T _____ N _____ M _____
Resultado: _____		Estágio _____
		Outro: _____
CIRURGIA		
24 – Tipo Cirurgia	25 – Complicações Pós Op	26 – Metástase
() Gastrectomia Total	() Infecção FO	() Tórax
() Gastrectomia Total +	() Fístula: _____ e PO	() Linfática
Esofagectomia Distal	Débito: () Baixo () Alto	Qual: _____
() Gastrectomia SubTotal	() Pneumonia	() Carcinomatose
() GastroEnteroAnastomose	() ITU	() Abdome
() Jejunostomia	() Trombose	() _____
() Ressecção de Múltiplos Órgãos	() Sepsis	
Quais: _____	() Deiscência Aponeurótica	27 – Margens Cirúrgicas
	() Óbito: _____ e PO	
28 – Infiltração	29 – Macroscopia	
() Vascular	() Vegetante	
() Perineal	() Estenosante	
METÁSTASE		
30 – QTX Adjuvante?	31 – Tratamento da Metástase	32 – Metástase Pós Op
() Sim () Não	() Cirurgia _____	Qual _____
	() Cirurgia + QTX	Quando _____
	() QTX	
CONCLUSÃO		
33 – Tempo Internação Hospitalar _____	34 – Sobrevida _____	

Correspondência: Rogério Mariotto Bitetti da Silva. Rua: Dom Pero Leitão. 153; apto 174 - Vila Gumerindo – SP – CEP 04134-070. 11 – 2614 1708. E-mail: r_mbs@hotmail.com