

HOSPITAL DE ONCOLOGIA — INAMPS



CONDUTAS DE DIAGNÓSTICO  
E TERAPÊUTICA

**CÂNCER GÁSTRICO**

F  
9433  
32c  
98  
COTEC

1983

Ministério da Previdência e Assistência Social / MPAS  
INAMPS / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social



**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA  
E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Ministro de Estado – HELIO MARCOS PENNA BELTRÃO

**INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA  
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Presidente – ALOYSIO DE SALLES FONSECA

**SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO**

Superintendente – NILDO EIMAR DE ALMEIDA AGUIAR

**SECRETARIA REGIONAL DE PLANEJAMENTO  
DO RIO DE JANEIRO**

Secretário – HENRIQUE MARTINS

**SECRETARIA REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DO RIO DE JANEIRO**

Secretário – JORGE DA MOTTA E SILVA

**SECRETARIA REGIONAL DE MEDICINA SOCIAL  
DO RIO DE JANEIRO**

Secretário – CLÁUDIO CARNEIRO DA CUNHA





# CÂNCER GÁSTRICO

F  
616.99433  
B823e



Este trabalho foi apresentado, discutido e aprovado em Sessões do CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO DO HOSPITAL DE ONCOLOGIA.

Relator: Dr. JURANDIR DE ALMEIDA DIAS  
CHEFE DE CLÍNICA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

Participaram, ainda as Chefias de Anatomia Patológica, e Radiodiagnóstico.

Colaboração Especial do Dr. Onofre Ferreira de Castro, do Serviço Conveniente RIOLAB. — Exames de Laboratório Ltda.



HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

420

INCa. BIBLIOTECA	
COMPRA	<input type="checkbox"/>
DOACAO	<input checked="" type="checkbox"/>
PERMUTA	<input type="checkbox"/>
CIS	
Nº 35/86	
Em: 10.07.86	

C-420

INCA - BIBLIOTECA	
MEMÓRIA TÉCNICA	
Nº REGISTRO. 35/86	
EM 10/07/1986	



# HOSPITAL DE ONCOLOGIA

## DIREÇÃO

Diretor – Dr. José Carlos do Valle

Assistente Técnico – Dr. Osório Pereira Filho

Assistente Administrativo – Milson José Adriano

CEAPES (Centro de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde)

Diretor – Dr. Osório Barbosa Pereira

Vice-Diretor – Dr. Paulo Pimenta Alves

## CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO

Dr. José Carlos do Valle – Presidente

Dr. Osório Pereira Filho – Secretário

Dr. Luiz de Oliveira Neves

Dr. Celso Werneck Ribeiro

Dr. Jurandir de Almeida Dias

Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio

Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano

Dr. Paulo Pimenta Alves

Dr. Osório Barbosa Pereira



## DIVISÃO MÉDICO-ASSISTENCIAL

Diretor — Dr. Luiz de Oliveira Neves  
Dra. Sandra Faulhaber

### SERVIÇO DE CLÍNICAS MÉDICO-CIRÚRGICAS

Chefia — Dr. Celso Werneck Ribeiro

#### MASTOLOGIA

- \* Dr. João Luiz Campos Soares
- Dr. José Sigiliano Gomes Filho
- Dr. Luiz Antonio Lopes Silveira
- Dr. Marcos Wajnberg
- Dr. Murilo de Castro Monte

#### CABEÇA E PESCOÇO

- \* Dr. Emilson de Queiroz Freitas
- Dr. José Carlos Ferreira Dutra

#### CLÍNICA DE ONCOLOGIA — QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio  
Dr. Firmino de Azevedo Gomes Filho  
Chefia — Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende

#### TÓRAX

- \* Dr. Harley Leal Schettini
- Dr. Luiz Galileu Spoladore

#### ENDOSCOPIA

- \* Dr. Selmo Avila Rondon

#### UROLOGIA

Dr. Inon Cortes Gonçalves

#### PSICOLOGIA

- Dra. Sueli da Silva Tavares
- \* Responsável pelo Setor



## HEMATOLOGIA

Dr. José Vitorio Estevan Dias

## ANESTESIOLOGIA

- \* Dr. Hélio Roberto Diniz Moura
- Dra. Áurea Maria Nogueira de Carvalho
- Dr. José Jorge Soares Netto
- Dr. Marcial de Ávila
- Dra. Marlene dos Santos Christani
- Dr. Marco Aurélio Monteiro de Barros Fonseca
- Dr. Orestes Paulo de Oliveira Filho
- Dr. Francisco Pedro Cortezi

## GINECOLOGIA

- \* Dra. Euridice Maria de Almeida Figueiredo
- Dr. Abrahão Gandelman
- Dr. Carlos Alberto Olivero Varillas
- Dr. Bernardo Lino Silva Souza

## CLÍNICA DE CIRURGIA DE ONCOLOGIA

- Chefia — Dr. Jurandir de Almeida Dias
- Dra. Regina Lúcia de Medeiros Leite
  - Dr. Eduardo Linhares R. de Mello
  - Dr. Carlos Eduardo Pinto
  - Dr. Marcos Augusto Silva P. Albuquerque

## UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS

- Chefia — Dr. Ney Duque Estrada

## PATOLOGIA CERVICAL

- \* Dra. Regina Maria da Costa
- Dra. Ildenê Guimarães Loula
- Dra. Leda Parreiras González



## TRIAGEM E EMERGÊNCIA

Plantonistas: Dr. Adilson Cortines Laxe  
Dr. Armando Rodrigo D'Aboim Inglez  
Dr. Ilson Montezano  
Dra. Ivone de Souza Vilhena  
Dr. Paulo Cesar Sanches Rodrigues  
Dra. Maria do Carmo T. de Mello  
Dr. Pedro Telésforo da Cunha Teixeira  
Dr. Evaldo de Abreu  
Dr. Giorgio Mário Frapiccini  
Dr. José Francisco Neto Rezende  
Dr. Jorge Gomes de Carvalho  
Dra. Vanna Carneiro da Cunha de Oliveira  
Dra. Zelma Alexandre Maluf

## SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Chefia — Dr. Paulo Pimenta Alves

### PATOLOGIA CLÍNICA

Chefia — Dra. Regina Lúcia de Medeiros Leite

### ANATOMIA PATOLÓGICA

Chefia — Dr. Osório Barbosa Pereira  
Dra. Sonya Clara Feloman Pedrosa  
Dra. Eliane Francini Simon

### RADIOTERAPIA

Chefia — Dr. Marcos Antônio Polônia

### RADIODIAGNÓSTICO

Chefia — Dr. Marcos de Sá Rego Costa  
Dr. Thiers Rodrigues de Almeida  
Dr. Sergio Antonio Baptistella



## CITOPATOLOGIA

Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano  
Dra. Marina Lang Dias Rego  
Dra. Gilma Carvalho de Barros Moreira  
\* Dra. Maria Lucia Guedes P. Montenegro

## SERVIÇOS TÉCNICOS AUXILIARES

Chefia — Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano

## DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Chefia — Dra. Sandra Faulhaber

## FARMÁCIA

Chefia — Dr. Istenio Vellasco  
Dr. Paulo Regis Martins Ferreira

## SERVIÇO SOCIAL MÉDICO

Chefia — Lecyr Amaro Pinheiro  
Gesly de Almeida Martins Migliora  
Aracy Assumpção Pereira  
Ingrid Alves Pereira  
Maria Emilia M. da Silva  
Maria Nazareth de Mendonça Moraes  
Maria Lucia Oliveira da Costa  
Maria Teresa Campos de Andrade  
Marilda Correia Martin

## NUTRIÇÃO

Chefia — Vera Maria Brouck Pinto  
Maria Lucia Dias Costsa Drummond  
Alice Botelho Ferreira  
Dília Augusta de Mello  
Elzen Guedes de Paiva e Mello  
João da Silva Almeida  
Maria Odete Gomes da Costa  
Maria Regina Soares Pinto Vidal



## SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Chefia – Severina T. Passos

## SEÇÃO DE EXPEDIENTE

Chefia – Maria Teresa Barbosa Silva

## SEÇÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

Chefia – Janisete Rosa dos Santos

## SEÇÃO DE CENTRO DE MATERIAL

Chefia – Luisa Maria da Silva de Barcelos

## SEÇÃO DE PACIENTES EXTERNOS

Chefia – Sebastiana Miranda de Oliveira

## SEÇÃO DE TERAPIA INTENSIVA

Chefia – Maria do Carmo S. Marciano

## UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Chefias – Maria da Conceição Firmino  
Jocelene Oliveira de Souza  
Marizete de Oliveira Santos  
Maria do Socorro Lima

## SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO

Chefia – Ely dos Santos Pereira

## SEÇÃO DE ORÇAMENTO

Chefia – Lucy Bezerra de Souza

## SEÇÃO DE PESSOAL

Chefia – Luiz Cláudio Pires



SEÇÃO DE MATERIAL

Chefia – Maria Rita Azevedo Souza Cardoso

SEÇÃO DE MANUTENÇÃO E REPAROS

Chefia – Antonio Santos

SEÇÃO DE COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO  
E TRANSPORTES

Chefia – Cármina Alves de Andrade

SEÇÃO DE ZELADORIA

Chefia – Luiz Carlos Cardoso

SEÇÃO DE ROUPARIA E LAVANDERIA

Chefia – Hely Geraldo Mageste

SEÇÃO DE APURAÇÃO DE CUSTOS

Chefia – José Araújo

\* Responsável pelo Setor





## INTRODUÇÃO

O Brasil não possuía até recentemente dados confiáveis sobre a incidência das diferentes modalidades de neoplasias, sendo as melhores avaliações feitas baseadas nas causas de mortalidades.

O Ca. gástrico apresenta-se com incidência crescente em nosso meio e já foi demonstrado desde 1973 que constitui a primeira causa de morte entre os tumores malignos no Rio de Janeiro.

No Registro Nacional de Tumores ocupa o 4.º lugar no percentual global, sendo precedido, apenas, pelos cânceres de pele, colo de útero e mama.

O Hospital de Oncologia apresenta 360 casos de tumores gástricos entre os 600 primeiros internados no Serviço de Cirurgia Geral, no período de 1973 à 1979.

O prognóstico do câncer gástrico depende fundamentalmente do acometimento em profundidade da parede do órgão, da presença de metástases nos linfonodos e em órgãos contíguos ou distantes. Resumindo, depende do estadiamento. Para os estadiamentos iniciais a expectativa de sobrevida em 5 anos é de 90%, quando a infiltração atinge apenas a submucosa. Quando a camada muscular está atingida é de 45%.

Em 1951, Mac Donald defendeu a teoria do predeterminismo bilológico do Ca. gástrico. Conceito pessimista, afirmava que a evolução do paciente portador de Ca. gástrico já estava definida no momento do diagnóstico. Para ele o desenvolvimento médico e os cuidados de suporte de terapia intensiva possibilitariam, apenas, cirurgias radicais e melhor sobrevida pós-operatória imediata. Contudo, em 1978, Hirayama mostrou um nítido declínio no índice de mortalidade do Ca. gástrico no Japão, atribuindo isto a mudança de hábitos dietéticos e principalmente ao programa de detecção do Ca. gástrico precoce.



## EPIDEMIOLOGIA

Vários fatos epidemiológicos têm sido observados em relação ao Ca. gástrico e devem ser motivos de reflexão.

- 1 — a maior incidência em certos países como o Japão, Chile, Áustria, Finlândia, Islândia e Leste Europeu. Sendo que no hemisfério norte existe uma nítida predominância entre as regiões mais frias (mais setentrionais).
- 2 — maior incidência nas classes econômicas mais baixas, especialmente nos países em desenvolvimento, no sexo masculino e no grupo etário entre 50 e 70 anos.
- 3 — a diminuição da incidência nos EEUU, inclusive entre os imigrantes Japoneses em 2.<sup>a</sup> geração.
- 4 — as taxas de mortalidade do Ca. gástrico e cólon têm sido relatadas, como inversamente proporcionais.
- 5 — fatores alimentares de alto risco para o câncer gástrico:
  - excesso de amido, comida defumada, peixe seco e salgado, vegetais em conserva.
  - baixa ingestão protéica, de vegetais e frutas frescas.
  - uso de nitrato como fertilizante.
  - altos índices de nitrato na água.
- 6 — incidência familiar maior do que a esperada, 2 a 3 vezes maior, que em grupos controle.

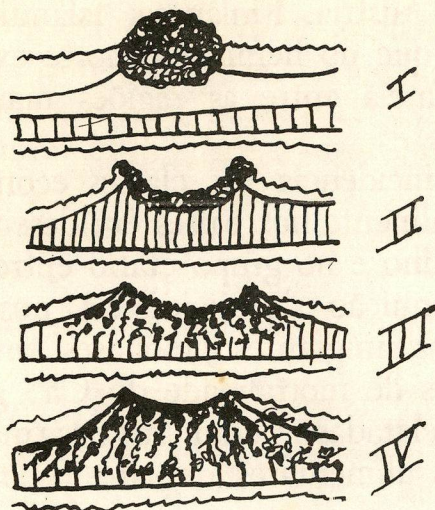
É importante salientar que todo aumento de incidência do câncer gástrico por fatores diversos se referem ao tipo diferenciado, ou adenocarcinoma tipo intestinal da classificação de Laurens, o que teria relação com a incidência de metaplasia intestinal.

## PATOLOGIA

A discussão deste tópico será principalmente voltada para o adenocarcinoma que engloba cerca de 97% dos casos. O segundo tipo de neoplasia maligna gástrica é o linfoma, com cerca de 2% dos casos, classificado em Doença de Hodgkin e linfoma não Hodgkin. Entre os sarcomas o mais comum é o leiomiossarcoma, seguindo-se o fibrossarcoma, lipossarcoma, carcinossarcoma e tumores de origem vascular. Outros mais raros: carcinóide, plasmocitoma e tumores metastáticos.



A classificação macroscópica estabelece parâmetros de comparação entre os dados radiológicos, endoscópicos e achados cirúrgicos. Classicamente, usamos a classificação de Borrmann (Fig. 1).



*Requer 82*

- I — polipóide
- II — ulcerado
- III — forma mista  
(ulcerado, infiltrante e vegetante)
- IV — infiltrante  
(linitis plástica)

## CÂNCER GÁSTRICO PRECOCE (CGP)

No início da década de 60 no Japão, diferentes grupos interessados no estudo do câncer gástrico, em seus múltiplos aspectos, tentaram padronizar critérios para a denominação “câncer gástrico precoce”, definido como aquele potencialmente curável.

H. Saeki, do Departamento de Cirurgia da Universidade de Tokio, demonstrou em trabalho analítico, sobrevida de 90% para os cânceres que atingiam a mucosa e submucosa, em contraste com 45% para aqueles que já atingiam a camada muscular.



Esses resultados serviram de base para a Sociedade Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica definir o "câncer gástrico precoce", como sendo aquele cujo nível de infiltração neoplásica atinge somente as camadas mucosa e submucosa. Fica implícito, portanto, a necessidade do estudo da peça operatória para a comprovação histopatológica do grau de infiltração. Deve ser salientado que a denominação precoce não encerra em si nenhuma afirmativa, quanto ao tempo de evolução, ou presença de metástases, que embora raras, podem estar presentes. Foi desenvolvida uma classificação morfológica, baseada nos tipos macroscópicos de Borrmann, que vem sendo usada por endoscopistas e radiologistas. Estes têm envidado esforços no sentido de firmar suas descrições cada vez mais precisas e coincidentes com a endoscopia e o estudo da peça ressecada.

São agrupados em três tipos: elevado, superficial e escavado (Fig. 2).

Tipo I — Elevado — polipóide.

Tipo II — Superficial — lesões ao nível da mucosa, sub-dividindo-se em 3 sub-grupos.

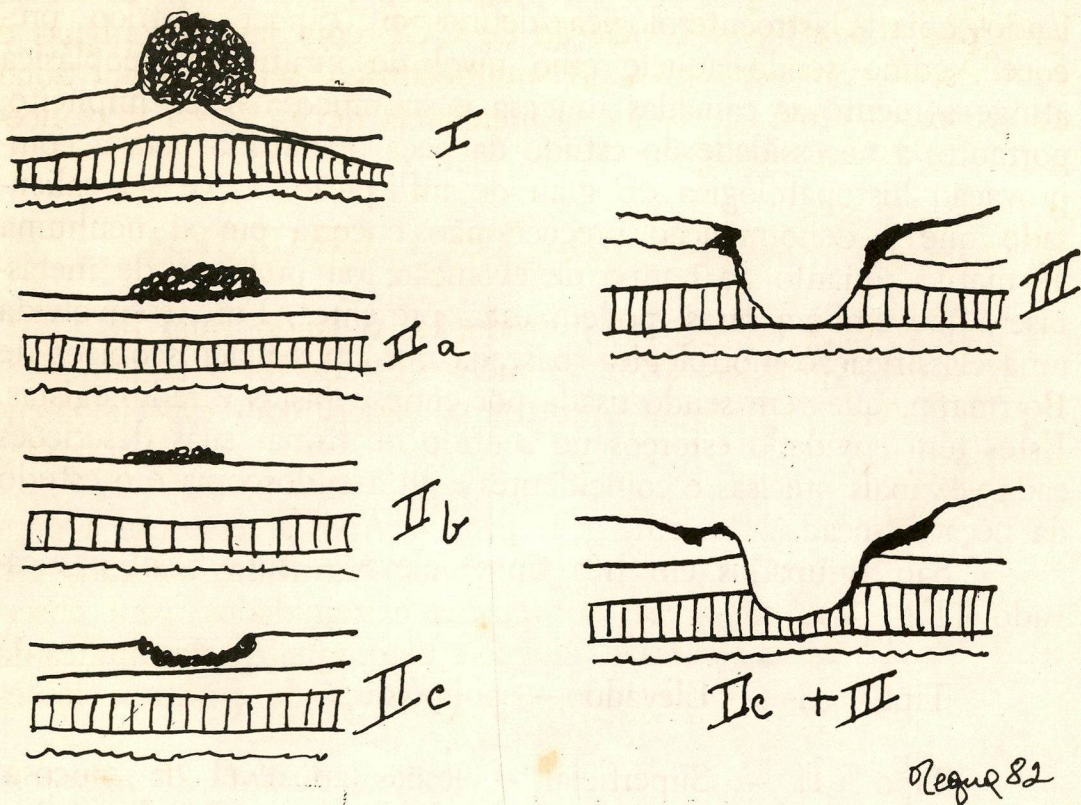
IIa — Elevado — distinguindo-se do tipo I, porque não ultrapassa 2 vezes a altura da mucosa. Usualmente, tem superfície plana.

IIb — Plano — quase não há alteração de altura. O diagnóstico é suspeitado por alteração de coloração e aspecto granuloso da superfície.

IIc — Deprimido — com superfície levemente deprimida, abaixo da mucosa, porém não ultrapassando a espessura da submucosa.

Tipo III — Escavado — predominantemente ulcerado.





Requer 82

No Japão, habitualmente, as lesões são referidas apenas pelos seus números romanos Tipo I, II, e III, no intuito de facilitar sua identificação, em nível internacional, evitando, assim, as dificuldades de tradução de seus vocábulos originais.

Também facilitam a descrição de lesões com áreas de 2 padrões diferentes, que são mais comuns que os tipos puros. Assim, um exemplar apresentando características de 2 grupos será identificado pelos 2 algarismos romanos correspondentes, tendo-se o cuidado de colocar em primeiro lugar o tipo predominante.

A referência IIa + IIc significa a presença da lesão elevada (IIa) com pequena área deprimida (IIc). Outro tipo comum IIc + III significa uma lesão levemente deprimida (IIc) com uma área nitidamente ulcerada (III), geralmente em seu centro. Do ponto de vista endoscópico, também é utilizada a expressão — lesões ulceradas, os tipos IIc e III.

Pode-se lançar mão de corantes vitais para realçar o relevo mucoso, o que tem-se mostrado útil nas pequenas lesões, principalmente nas superficiais.



Outro fato que deve ser pesquisado é a presença de lesões múltiplas. Pode haver associação de CGP com lesões benignas e com lesões avançadas. O CGP multicêntrico, separado por zona de mucosa normal ocorre numa incidência de 5,2% no tipo ulcerado e 2,4% no elevado.

## PREPARO E ESTUDO DA PEÇA CIRÚRGICA

Como já foi dito na introdução, o laudo final de CGP cabe ao patologista, após um minucioso estudo da peça cirúrgica. Para tal, deve ser seguida uma rotina básica, com especial atenção para:

- a — Estudo imediato da peça — Após a ressecção a peça deve ser aberta pela grande curvatura, colocada em superfície lisa, fixada nas extremidades, para observação atenta da mucosa e determinação dos limites da lesão, verificando-se a presença de possíveis lesões concomitantes. Fotografar.
- b — Pré-fixação da peça em formol durante 20 minutos. Re-exame do relevo mucoso, que nestas condições fica mais nítida. Fotografar.
- c — Estudo da peça cirúrgica após fixação em formol por 24 horas. Fotografar a lesão. Mapeamento com fotografia em papel com esquema para localização dos cortes histológicos.
- d — Pesquisa de linfonodos na peça cirúrgica e se possível separando-os em grupos.

## ✕ DIAGNÓSTICO

### HISTÓRIA

Epigastria, dispepsia, anorexia, perda de peso e sangramento digestivo são encontrados na maioria dos doentes.

### FATORES DE RISCO

Alimentação e fatores geográficos (áreas de maior incidência).

Antecedentes familiares de Ca. gástrico.

Antecedentes de úlcera gástrica.

Gastrite atrófica.

Pólipo gástrico adenomatoso.



## EXAME FÍSICO

Só os casos avançados têm expressão semiótica, quando então procuramos avaliar a extensão da doença local e os sinais de disseminação. Massa palpável, hepatomegalia nodular, sinal de Troisier, ascite, prateleira pélvica.

## EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma completo, glicose, uréia, creatinina, eletrólitos, reserva alcalina, fosfatase alcalina, proteínas totais e fracções, ácido úrico, CEA.

## EXAMES RADIOLÓGICOS

Tórax, seriografia EED com duplo contraste.

Clister opaco, exame eventual em caso de suboclusão intestinal para detectar invasão do cólon transverso pelos tumores, principalmente do antro.

## EXAMES ENDOSCÓPICOS

A esofagogastroduodenoscopia, tem a finalidade de evidenciar a lesão, estudar suas características macroscópicas, obter material para comprovação histológica e citológica, detectar lesões concomitantes e tumores sincrônicos, que influenciam no planejamento cirúrgico.

## LAPAROSCOPIA

Método de avaliação de extensão da doença abdominal, usado para firmar a inoperabilidade, evitando-se a laparotomia propedêutica. Esse método só tem valor, com relação aos dados positivos.

## EXAMES EVENTUAIS

Biópsia de linfonodos cervicais, ultrasonografia e cinti-  
lografia.

## REGRAS PARA CLASSIFICAÇÃO

A classificação aplica-se somente ao carcinoma.  
É necessária a verificação histológica da doença.



Todos os casos não confirmados, deverão ser registrados separadamente.

Informação obtida de exploração cirúrgica, anterior à decisão do tratamento definitivo, é admissível para a classificação clínica, a qual deverá ser registrada. Como rotina para classificação dos adenocarcinomas gástricos, serão usadas as classificações de UICC e SJCG (Sociedade Japonesa de Câncer Gástrico).

Os seguintes, são os requisitos mínimos para avaliação das categorias T, N e M. Serão usados os símbolos TX, NX ou MX, se estes não puderem ser preenchidos.

## REGIÕES ANATÔMICAS

Com a finalidade de limitar estas regiões, a pequena e a grande curvatura são divididas em três pontos unidos e equidistantes.

Terço Superior: inclui a área da cárdia e do fundo (C).

Terço Médio: inclui a maior parte do corpo (M).

Terço Inferior: inclui a área do antro (A).

O tumor é atribuído à região onde está situado seu maior volume.

## LINFONODOS REGIONAIS

*ebor*  
Os linfonodos regionais são os perigástricos: os linfonodos localizados ao longo das artérias gástrica esquerda, celíaca e esplênica; os linfonodos ao longo do ligamento hepatoduodenal, os linfonodos para-aórticos e outros intra-abdominais.

## *swx* TNM — CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA PRÉ-TRATAMENTO

T — Tumor primário.

Tis — Carcinoma pré-invasivo (carcinoma "in situ").

TO — Sem evidência de tumor primário.

T1 — Tumor limitado à mucosa ou, mucosa e submucosa, independentemente de sua extensão ou localização.

NOTA: A evidência clínica para T1 é o reconhecimento de:

a — pólipo pediculado maligno; (I)

b — lesão polipóide séssil maligna; (IIa ou I)

c — erosão cancerosa, ou IIc)



d — uma área de erosão cancerosa na margem de, ou circundando uma úlcera péptica. (II + III)

- T2 — Tumor com infiltração profunda não mais que a metade de uma região. (C. M. A.)
- T3 — Tumor com infiltração profunda, ocupando mais que a metade de uma região, porém não mais que uma região.
- T4 — Tumor com infiltração profunda, ocupando mais de uma região estendendo-se às estruturas vizinhas.
- TX — Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar o tumor primário.
- N — Linfonodos Regionais.
- NO — Sem evidência de comprometimento de linfonodo regional.
- NI — Evidência de comprometimento de linfonodo a menos de 3 cm do tumor primário, ao longo da pequena, ou grande curvatura.
- N2 — Evidência de comprometimento de linfonodo a mais de 3 cm do tumor primário, incluindo aqueles ao longo das artérias: gástrica esquerda, esplênica, celíaca e hepática comum.
- N3 — Evidência de comprometimento de linfonodos para-aórtico hepato-duodenais e/ou outros intra-abdominais.
- NX — Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar os linfonodos regionais.
- M — Metástase à Distância.
- MO — Sem evidência de metástase à distância.
- MI — Evidência de metástase à distância.
- MX — Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar a presença de metástases à distância.

**pTNM — CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA PÓS-CIRÚRGICA**

- PT — Tumor primário.
- Tis — Carcinoma pré-invasivo (carcinoma “in situ”)
- pTO — Nenhuma evidência de tumor é encontrada no exame histológico da peça cirúrgica.
- pT1 — Tumor que invade a mucosa ou submucosa, mas não invade a muscularis própria ou a subserosa.



- pT2 – Tumor que invade a muscularis própria ou subserosa.  
 pT3 – Tumor que invade a serosa, sem invasão das estruturas contíguas.  
 pT4 – Tumor que invade as estruturas contíguas.  
 pTX – A extensão de invasão não pode ser avaliadas.

## HISTOPATOLOGIA

G – GRADUAÇÃO HISTOPATOLÓGICA

G1 – Alto grau de diferenciação.

G2 – Médio grau de diferenciação.

G3 – Baixo grau de diferenciação ou indiferenciação.

GX – O grau não pode ser avaliado.

pN – Linfonodos regionais.

As categorias pN correspondem às categorias N.

pM – Metástases à distância.

As categorias pM correspondem às categorias M.

## ESTADIAMENTO

TNM

pTNM

Estádio I	T1	NO	MO	pT1	pNO	pMO
Estádio II	T2	NO	MO	pT2	pNO	pMO
	T3	NO	MO	pT3	pNO	pMO
Estádio III	T1, T2, T3	N1, N2	MO	pT1, pT2, pT3	pN1, pN2	pMO
	T1, T2, T3	N3	MO	pT1, pT2, pT3	pN3	
		(Ressecável para cura)		(Ressecável para cura)		
	T4	Qualquer N	MO	pT4	Qualquer pN	
		(Ressecável para cura)		(Ressecável para cura)		
Estádio IV	T1, T2, T3		MO	pT1, pT2, pN3	pN3	pMO
		(Não ressecável para cura)		(Não ressecável para cura)		
	T4	Qualquer N	MO	pT4	Qualquer pN	pMO
	Qualquer T	Qualquer N	M1	(Não ressecável para cura)		
		(Não ressecável para cura)		Qualquer pT	Qualquer pN	pM1

PS – PERFORMANCE STATUS – CAPACIDADE FUNCIONAL

PS0 – Atividade Normal.

PS1 – Sintomático, mas sob regime ambulatorial.



- PS2 – Ambulatorialmente mais de 50% do tempo; ocasionalmente, necessita de cuidados de enfermagem.
- PS3 – Ambulatorialmente menos que 50% do tempo; necessita de cuidados de enfermagem.
- PS4 – Restrito ao leito. Necessita hospitalização.

## CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A SOCIEDADE JAPONESA DE CÂNCER GÁSTRICO (S.J.C.G.)

Comprometimento peritoneal (P) e hepático (H).

A carcinomatose peritoneal e a presença de metástases hepática estabelecem o mau prognóstico do caso e classificam, à priori, em estágio IV.

- P0 – Sem comprometimento peritoneal.
- P1 – Comprometimento peritoneal supra-mesocólico.
- P2 – Comprometimento peritoneal supra e infra-mesocólico discreto.
- P3 – Comprometimento peritoneal supra e infra-mesocólico intenso.
- H0 – Sem comprometimento hepático.
- H1 – Comprometimento hepático de um lobo.
- H2 – Comprometimento hepático discreto dos 2 lobos.
- H3 – Comprometimento hepático maciço de ambos os lobos.

Comprometimento de serosa (S).

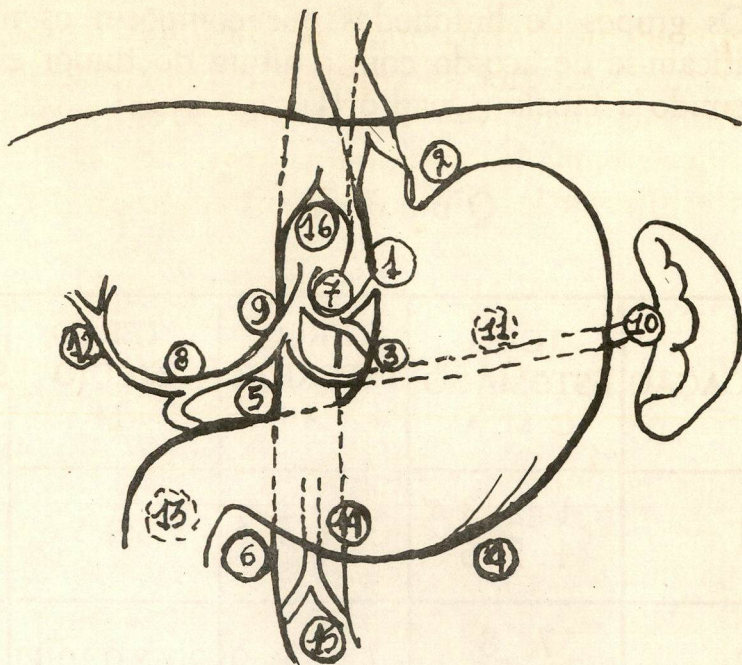
O grau de profundidade ou de penetração da lesão é o principal fator prognóstico do câncer gástrico; a exteriorização serosa implica em menor possibilidade de cura.

- S0 – Sem comprometimento de serosa.
- S1 – Comprometimento suspeito.
- S2 – Comprometimento evidente.
- S3 – Comprometimento de órgãos ou estruturas vizinhas.

Comprometimento linfático.

É o segundo fator de importância para o prognóstico. O estômago drena para 16 grupos de linfonodos (Fig. 3).





- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Paracardiaco direito               | 9. Tronco celíaco                 |
| 2. Paracardiaco esquerdo              | 10. Hilo esplênico                |
| 3. Pequena curvatura                  | 11. Ao longo da artéria esplênica |
| 4. Grande curvatura                   | 12. No ligamento hepatoduodenal   |
| 5. Suprapilórico                      | 13. Retropancreático              |
| 6. Infrapilórico                      | 14. Artéria mesentérica superior  |
| 7. Ao longo da artéria gástrica       | 15. Artéria cólica média.         |
| 8. Ao longo da artéria hepática comum | 16. Aorta abdominal               |

O comprometimento destes grupos de linfonodos se faz de modo escalonado, à partir daqueles situados em imediata vizinhança do tumor, e são assim classificados:

- N0 — Sem comprometimento de linfonodos.
- N1 — Comprometimento dos linfonodos do primeiro nível.
- N2 — Comprometimento dos linfonodos do segundo nível.
- N3 — Comprometimento dos linfonodos do terceiro nível.
- N4 — Comprometimento dos linfonodos lumbo aórticos.



Os grupos de linfonodos que compõem os níveis linfáticos modificam-se de acordo com a altura do tumor e são classificados segundo a tabela (Quadro II).

**Quadro I**

CLASSIFICAÇÃO	TODO ESTÔMAGO C.M.A	TERÇO INFERIOR A	TERÇO MÉDIO M	TERÇO SUPERIOR C
N1	1 2 3 4 5 6	3 4 5 6	1 3 4 5 6	1 2 3 4
N2	7 8 9 10 11	1 7 8 9	2 7 8 9 10 11	5 6 7 8 9 10 11
N3	12 13 14	2 10 11 12 13 14	12 13 14	12 13 14

**Quadro II**

**ESTADIAMENTO DO CÂNCER GÁSTRICO**

(S. J. C. G.)

GRAU DE COMPROMETIMENTO				
ESTÁDIOS	PERITONEAL	HEPÁTICO	LINFONODOS	SEROSO
I	P0	H0	N0	S0
II	P0	H0	N1	S1
III	P0	H0	N2	S2
IV	P1 ou +	H1 ou +	N3 - N4	S3



## TRATAMENTO

Operabilidade  
Ressecabilidade  
Tratamento Cirúrgico

### OPERABILIDADE

A priori, todos os pacientes são considerados operáveis. São inoperáveis, os que apresentam:

- a — Contra-indicação clínica formal;
- b — Evidência clínica de grande extensão da doença associada a ascite e prateleira pélvica. A presença de metástases à distância, não contra-indicam a laparotomia, devido aos evidentes benefícios das operações paliativas.
- c — Evidência radiológica e/ou endoscópica (laparoscopia) de grande extensão de doença, carcinomatose peritoneal, na ausência de sangramento digestivo e/ou obstrução.

### RESSECABILIDADE

Todo empenho é feito no sentido de ressecar o tumor, mesmo, deixando doença residual macroscópica. Isto evita as consequências da necrose tumoral, perdas sanguíneas, ao mesmo tempo que melhora as condições de nutrição do paciente. A invasão do pedículo hepático, tronco celíaco, vasos mesentéricos superiores, fígado, pâncreas, cólon transverso, são situações que, isoladamente, não contra-indicam a ressecção paliativa, porém, em casos de más-condições clínicas, invalidam qualquer tentativa de ressecção.

### TRATAMENTO

A cirurgia é a única forma de tratamento curativo dos tumores do estômago e na maioria das vezes a melhor opção para o tratamento paliativo nos casos de doença avançada. Didaticamente, podemos dividi-la em 2 etapas fundamentais: de exploração e de ressecção.

Na primeira etapa, habitualmente, por laparotomia mediana supra-umbilical, procuramos avaliar:



- a — Localização e extensão da lesão — precisando suas dimensões nos sentidos vertical (terços superior, médio e inferior) e horizontal (pequena e grande curvaturas) paredes anterior e posterior.
- b — Comprometimento seroso (S).
- c — Comprometimento peritoneal (P).
- d — Comprometimento hepático (H).
- e — Comprometimento linfático (N).

A segunda etapa corresponde:

- a — Ressecção adequada do segmento gástrico comprometido.
- b — Ressecção adequada dos grupos de linfonodos perigástricos.
- c — Ressecção de órgãos vizinhos comprometidos ou metástases.

Nos tumores avançados a margem de ressecção deve distar de 4 a 6cm dos limites macroscópicos da lesão e deve-se ressecar pelo menos 3cm do duodeno. Sempre que possível, estas margens devem ser examinadas por congelação, principalmente, nos casos de carcinoma indiferenciado, que se propagam em maior extensão pela submucosa.

Admitimos como linfadenectomia adequada, a que inclui pelo menos, os grupos de linfonodos pertencentes à etapa seguinte do nível comprometido. (Vide quadro II).

As ressecções cirúrgicas podem ter propósito curativo ou paliativo.

**RESSECÇÃO CURATIVA** — Realizadas nos estádios I, II e III e obedecendo aos princípios de ressecção, quanto aos limites do órgão e de linfadenectomia loco-regional, ou radical indicadas acima.

**Exemplos de ressecção:**

- a — Tumores que ocupam o terço inferior e parte do terço médio — gastrectomia sub-total radical.



- b — Tumores de terço superior e ou médio, de terço médio e inferior, ou de todo órgão — gastrectomia total radical, que inclui esplenectomia, pancreatectomia distal e, eventualmente, o esôfago abdominal.

**RESSECÇÃO RELATIVAMENTE CURATIVA** — Em casos de estádios II e III em que não se faz linfadenectomia adequada, porém não se deixa doença macroscópica.

**RESSECÇÃO RELATIVAMENTE PALIATIVA** — Nos estádios IV, em que se consegue retirar toda a doença macroscópica, incluindo órgãos vizinhos e/ou metástases hepáticas isoladas, peritoneais ou ovários.

**RESSECÇÃO PALIATIVA** — Quando se deixa tumor residual evidente.

As cirurgias paliativas, desobstrutivas, gastroenterostomia, jejuno — jejunostomias e, eventualmente, esofagojejunostomia, estão indicadas quando não se consegue fazer a ressecção, seja por fatores locais de extensão da doença, seja por contra-indicação clínica para cirurgia alargada; nestes casos os resultados são menos satisfatórios.

As gastrostomias estão indicadas nos casos de tumores de terço superior com obstrução e, tem sido cada vez mais, substituídas pela próteses tubular transtumoral.

Finalmente, nos casos de tumor não ressecável com invasão de todo o estômago e obstrução, indicamos a jejunostomia, que é procedimento de difícil manuseio pelo paciente e, não isento de complicações. Damos preferência para o tipo em Y de Roux.



## TRATAMENTO COMPLEMENTAR

Radioterapia — Não tem indicação no tratamento dos tumores de estômago, exceto, ocasionalmente, nos linfomas, nas metástases ósseas e cerebrais.

Quimioterapia — Tem indicação, como terapêutica adjuvante e nos casos de ressecção, com doença residual mínima. O esquema de associação de drogas utilizado é o F.A.M. em 6 ciclos.

F — 5 Fluouracil —  $600\text{mg}/\text{m}^2$  IV nos dias 1, 8, 21, 28, 35  
A — Adriamicina —  $40\text{mg}/\text{m}^2$  IV nos dias 1 — 21  
M — Mitomicina C —  $10\text{mg}/\text{m}^2$  IV no dia 1  
Repetir no 42.º dia.

Nos tumores do estômago não ressecados ou, recidivados não indicamos a QT pela pouca efetividade das drogas disponíveis para estas circunstâncias.



F  
616.99  
B82  
198  
MEMO