

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL**

JENIFFER NEITZEL CORREIA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
SUBMETIDOS A GASTRECTOMIA ONCOLÓGICA NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO
MORAES DO ANO DE 2012 A 2017**

VITÓRIA
2018

JENIFFER NEITZEL CORREIA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
SUBMETIDOS A GASTRECTOMIA ONCOLÓGICA NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO
MORAES DO ANO DE 2012 A 2017**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Geral.

Orientador: Dr Alberto Buge Stein

VITÓRIA
2018

RESUMO

O câncer gástrico tem apresentado posição de destaque atualmente na população mundial entre as neoplasias mais frequentes, visto isso, realizamos uma revisão dos prontuários dos pacientes submetidos a Gastrectomia Oncológica no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM, no período de janeiro de 2012 a julho de 2017, com a finalidade de avaliar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes operados nessa instituição. Foi realizada busca ativa por prontuários, onde foram avaliadas algumas variáveis, dentre elas o sexo, idade do acometimento, município de residência, técnica cirúrgica realizada, classificação pré e pós-cirúrgica, quantidade de linfonodos ressecados, mortalidade em 30 dias, tempo de internação, entre outras. Foram levantados 85 prontuários no total, com perda de 20 prontuários durante a revisão. O estudo conclui que as neoplasias gástricas acometem mais o sexo masculino, numa proporção de aproximadamente 3:1, sua incidência aumenta na faixa etária acima de 50 anos; boa parte dos pacientes eram tabagistas e apresentavam estadiamento clínico avançado já no momento do diagnóstico, o tipo histológico mais comum encontrado foi o adenocarcinoma, a técnica cirúrgica mais utilizada foi a gastrectomia parcial, com reconstrução em Y de Roux e linfadenectomia a D2, apresentando boa evolução e baixa taxa de mortalidade pós-cirúrgica. O presente estudo serviu de base, para melhor compreensão do perfil dos pacientes submetidos a gastrectomia oncológica, neste serviço, bem como a comparação dos dados obtidos com a literatura e com os grandes centros de referência.

Palavras-chave: Câncer Gástrico; Gastrectomias Oncológicas; Perfil Clínico-Epidemiológico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 : Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência de câncer de estômago por 100mil habitantes, segundo estado e sexo.....	9
Tabela 2 : Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação.....	10
Tabela 3: Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação.....	10
Tabela 4: Fatores de risco ambientais.....	11
Tabela 5: Classificação TNM.....	17
Tabela 6: Grupamento por estádios / estágios clínicos.....	18
Tabela 7: Bases linfonodais perigástricas.....	21

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fatores predisponentes e protetores ao câncer gástrico.....	12
Figura 2: Sinais de doença avançada.....	13
Figura 3: Classificação macroscópica de Borrmann.....	15
Figura 4: Classificação de Borrmann.....	15
Figura 5: Estações linfonodais que possuem relação gástrica.....	20

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS.....	24
GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO POR SEXO.....	25
GRÁFICO 3. FAIXA ETÁRIA DO ACOMETIMENTO.....	25
GRÁFICO 4. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA.....	26
GRÁFICO 5. VARIAÇÃO DO IMC.....	27
GRÁFICO 6. TABAGISMO.....	27
GRÁFICO 7. INFECÇÃO PELO <i>HELICOBACTER PYLORI</i>	28
GRÁFICO 8. ESTADIAMENTO CLÍNICO / PRÉ-CIRÚRGICO	28
GRÁFICO 9. CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA DE BORRMANN.....	29
GRÁFICO 10. GASTRECTOMIA PARCIAL x TOTAL.....	30
GRÁFICO 11. RECONSTRUÇÃO Y x BII.....	31
GRÁFICO 12. LINFADENECTOMIAS.....	32
GRÁFICO 13. TERAPIA COMPLEMENTAR.....	33
GRÁFICO 14. TIPO HISTOLÓGICO.....	33
GRÁFICO 15. TEMPO DE INTERNAÇÃO.....	34
GRÁFICO 16. MORTALIDADE EM 30 DIAS.....	35
GRÁFICO 17. ESTADIAMENTO TNM PÓS-CIRÚRGICO.....	35
GRÁFICO 18. ESTADIAMENTO CLÍNICO x CIRÚRGICO.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	8
2.1. Objetivos Gerais	8
2.2. Objetivos Específicos	8
3 REVISÃO DA LITERATURA	9
3.1. O câncer gástrico no Brasil	9
3.2. Fatores protetores e de risco para o câncer gástrico	11
3.3. Quadro clínico e diagnóstico	12
3.4. Aspectos histológicos e classificação do câncer gástrico	14
3.5. Estadiamento do câncer gástrico	16
3.6. Tratamento cirúrgico do câncer gástrico	18
3.7. Prognóstico	21
4 MÉTODOS	23
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÃO	39
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

JENIFFER NEITZEL CORREIA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A
GASTRECTOMIA ONCOLÓGICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO
ANTÔNIO MORAES DO ANO DE 2012 A 2017**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Geral.

Aprovado em 06 de fevereiro de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

Alberto Büge Stein
Cirurgião do Aparelho Digestivo,
Especialista em Transplante Hepático.
Médico do Hospital Cassiano Antonio
Moraes - HUCAM/UFES/EBSERH
Orientador

José Alberto da Motta Correia
Cirurgião do Aparelho Digestivo. Médico
plantonista do Hospital Cassiano
Antonio Moraes – HUCAM/UFES/
EBSERH
Coordenador da Residência Médica em
Cirurgia Geral

**Professor Doutor Gustavo Peixoto
Soares Miguel**
Cirurgião do Aparelho Digestivo.
Especialista em Transplante Hepático.
Médico do Hospital Cassiano Antônio
Moraes – HUCAM/UFES/EBSERH.

Professor Mestre Douglas Gobbi Marchesi
Cirurgião do Aparelho Digestivo. Médico
plantonista do Hospital Cassiano
Antonio Moraes – HUCAM/UFES/
EBSERH
Especialista em Transplante Hepático.

1 INTRODUÇÃO

Os tumores malignos do estômago, também denominados como câncer gástrico, se apresentam, predominantemente, na forma de três tipos histológicos: adenocarcinoma (responsável por mais de 90% dos tumores), tumores estromais gastrointestinais (GIST), diagnosticado em cerca de 5% dos casos; e linfoma, leiomiossarcoma, entre outros, que representam o restante dos tipos histológicos encontrados¹.

O pico de incidência se dá em sua maioria em homens, acima dos 50-60 anos. No Brasil, esses tumores aparecem em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres². Apesar do leve declínio da incidência desta neoplasia observado atualmente, principalmente em países desenvolvidos, evidencia-se alta mortalidade nos pacientes portadores de câncer gástrico¹.

Algumas doenças pré-existentes podem ter forte associação com esse tipo de tumor, como anemia perniciosa, lesões pré-cancerosas (como gastrite atrófica e metaplasia intestinal), e infecções pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Lesões pré-cancerosas, no entanto, levam aproximadamente 20 anos para evoluir e se tornar um câncer³.

O tratamento cirúrgico permanece até os dias de hoje como a única alternativa na tentativa de cura do câncer gástrico, além disso, uma ampla linfadenectomia (radical ou D2), tem apresentado ótimos resultados¹.

Tendo em vista a importância do tema, baseada na alta prevalência e incidência dos tumores gástricos entre os pacientes atendidos em nosso serviço, optou-se pelo levantamento de dados registrados nos prontuários dos pacientes submetidos à gastrectomia oncológica ao longo dos últimos 5 anos e 7 meses, com o intuito de analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes e da abordagem cirúrgica realizada no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, visando a comparação dos dados obtidos no nosso serviço com os grandes centros de referência.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais

- Conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos a gastrectomia oncológica no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes no período de janeiro de 2012 a julho de 2017;

2.1. Objetivos Específicos

- Identificar o sexo, faixa etária e fatores de risco presentes entre os pacientes portadores de câncer gástrico que foram submetidos a tratamento cirúrgico no período avaliado;
- Avaliar o tratamento cirúrgico realizado bem como, a evolução no pós-operatório, e se houve tratamento complementar (adjuvância / neoadjuvância);
- Conhecer o estadiamento clínico e cirúrgico dos pacientes gastrectomizados, e os tipos histológicos mais frequentes;
- Criar um formulário a ser preenchido pela equipe cirúrgica, para cada um dos pacientes portadores de câncer gástrico atendidos em nosso serviço, evitando assim que dados importantes sejam perdidos e também visando estabelecer no futuro próximo um protocolo para o atendimento de pacientes com câncer gástrico, de modo a unificar as condutas cirúrgicas entre todos os cirurgiões da equipe.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O câncer gástrico no Brasil

No Brasil, o câncer gástrico, excetuando-se o câncer de pele (não melanoma), ocupa o quinto lugar em frequência, sendo o terceiro mais frequente em homens e o quinto entre as mulheres. Em ambos os gêneros sua incidência aumenta a partir de 35 – 40 anos de idade, em intensidades diferentes¹. Apesar da diminuição progressiva de sua incidência, as taxas de mortalidade ainda permanecem elevadas, com sobrevida em 5 anos de 30% nos países desenvolvidos e de 20% nos países em desenvolvimento².

Estado	Taxa Bruta de incidência por 100 mil habitantes	
	Homens	Mulheres
Acre	10,02	4,24
Amapá	12,84	4,63
Amazonas	14,47	7,2
Pará	11,38	5,85
Rondônia	11,22	4,99
Roraima	8,64	3,65
Tocantins	7,05	5,13
Alagoas	6,03	3,44
Bahia	8,81	5,51
Ceará	17,45	10,77
Maranhão	7,21	3,78
Paraíba	8,15	5,66
Pernambuco	11,36	7,34
Piauí	7,41	5,12
R G do Norte	13,54	8,54
Sergipe	8,48	5,56
Distrito Federal	12,09	6,83
Goiás	10,56	5,7
Mato Grosso	10,16	6,05
M G do Sul	15,03	7,84
Espírito Santo	16,14	8,1
Minas Gerais	11,54	7,37
Rio de Janeiro	13,21	8,17
São Paulo	14,9	7,87
Paraná	18,76	8,65
R G do Sul	15,17	8,86
Santa Catarina	17,65	8,57

Tabela 1: Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência de câncer de estômago por 100 mil habitantes, segundo estado e sexo (Fonte: INCA, 2015)

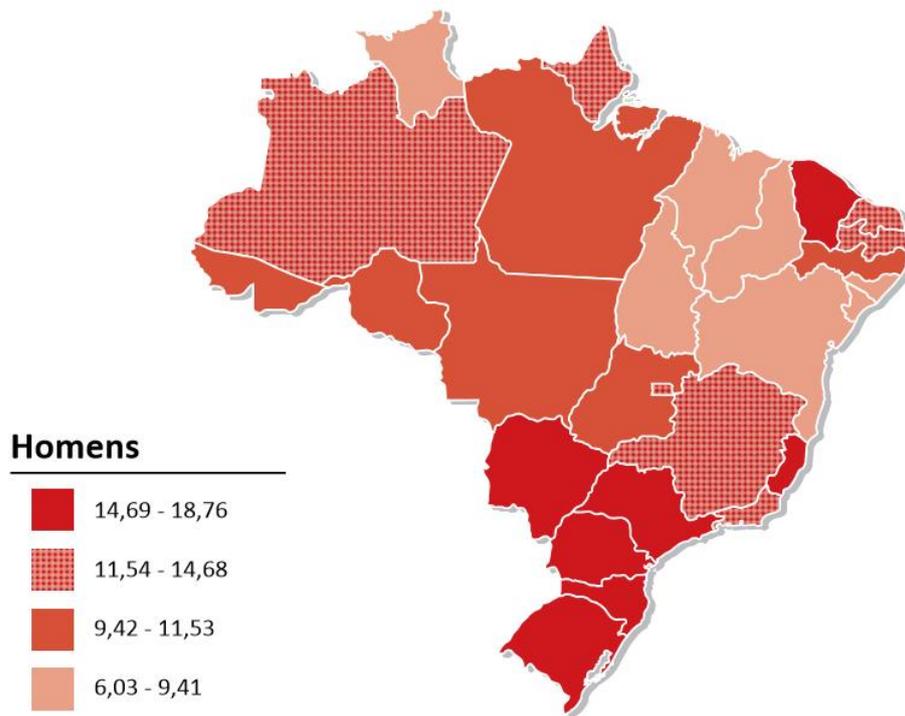


Tabela 2: Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago) (Fonte: INCA, 2016)

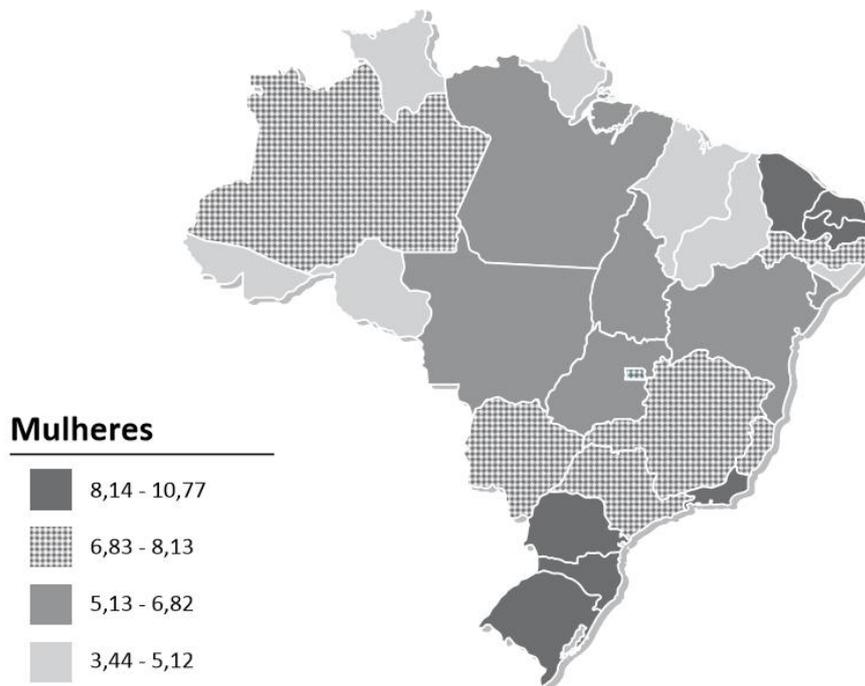


Tabela 3: Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do estômago) (Fonte: INCA, 2016)

3.2. Fatores protetores e de risco para o câncer gástrico

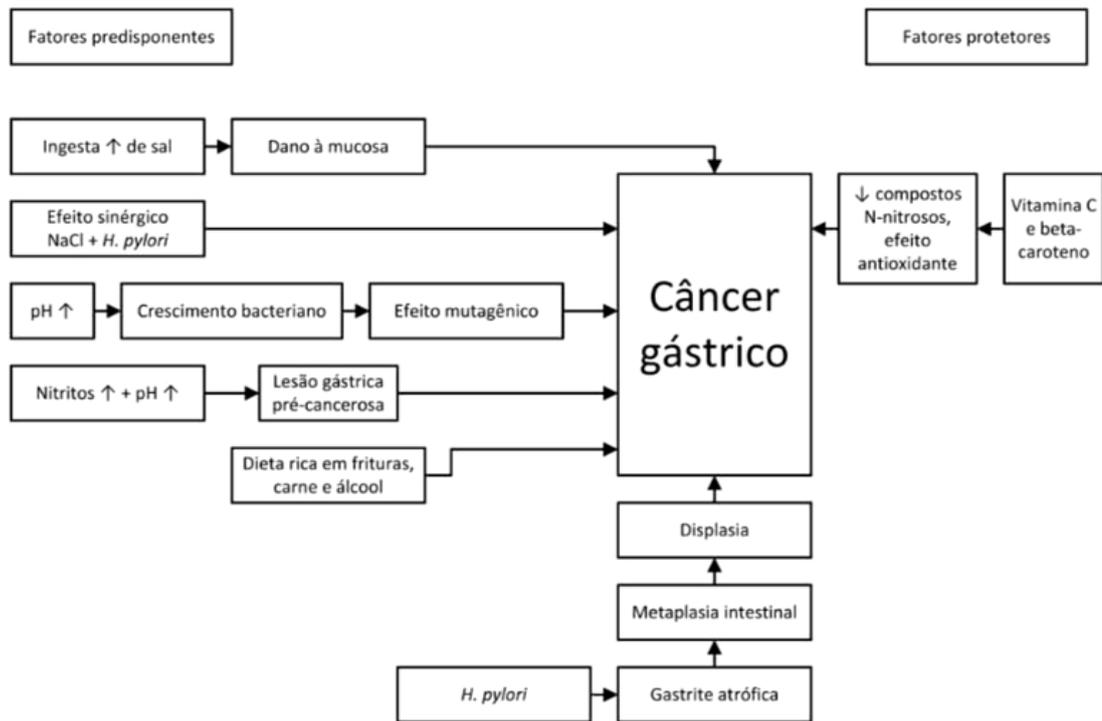
Alguns fatores contribuem para esse declínio na incidência, como a melhor conservação dos alimentos, o consumo de alimentos frescos e a redução de alimentos defumados e conservados no sal.¹ Além da associação da infecção ao longo do tempo pela bactéria *H. pylori* – o maior fator de risco da doença –, outros fatores, como a obesidade, anemia perniciosa, grupo sanguíneo A, o álcool (consumo em grande quantidade) e o tabagismo contribuem para o aumento do risco da neoplasia gástrica.² Em contrapartida, o consumo de frutas, legumes, cereais, nozes e frutos do mar apresentaram evidências de proteção contra a neoplasia.⁴ Em geral, o câncer gástrico apresenta o fator ambiental / comportamental como à principal causa para o seu desenvolvimento. Entretanto, alguns estudos apontam que fatores genéticos poderiam influenciar no desenvolvimento dessa neoplasia.³

Tabela 4: Fatores de risco ambientais

Dieta rica em sal	Parece causar dano à mucosa gástrica e aumento da carcinogênese.
Compostos nitrosos	Dieta, tabaco e endógeno (40 a 75% da exposição total) aumentam o risco de câncer gástrico.
Frutas, vegetais e fibras	Possuem papel protetor.
Obesidade	Provoca aumento do risco quanto maior o índice de massa corpórea.
Tabagismo	Aumenta o risco em 1,53 vez, sendo maior entre homens.
Ocupacional	Carvão, lata, ferro, aço; os dados são conflitantes.
<i>Helicobacter pylori</i>	Considerado pela Organização Mundial da Saúde como fator carcinógeno definitivo do grupo 1. Parece que a bactéria desencadeia inflamação da mucosa que resulta em atrofia e metaplasia intestinal, associada a aumento do risco de adenocarcinoma distal à cárdia em 6 vezes. Os principais genótipos do <i>H. pylori</i> associados a câncer gástrico são vacAs1, vacA m1 e cagA-positivo.
Vírus Epstein-Barr	Está associado a grande número de malignidades, com possível papel no câncer gástrico (presente em 5 a 10% dos cânceres gástricos). Predomínio em homens, câncer de cárdia ou coto gástrico pós-cirúrgico, infiltração linfocítica, baixa frequência de meta linfonodal, talvez um prognóstico mais favorável, e histologia difusa.
Status socioeconômico baixo	Indivíduos de baixo status socioeconômico têm risco 2 vezes maior do que a população geral.
Cirurgia gástrica	Provoca aumento do risco, principalmente após 15 a 20 anos da cirurgia (risco relativo de 1,5 a 3). A anastomose à Billroth II carrega maior risco, provavelmente pela maior regurgitação de bile alcalina e suco pancreático.

Fonte: Adaptada de Carvalheiro *et al.* (2017)

Figura 1: Fatores predisponentes e protetores ao câncer gástrico



Fonte: Adaptada de Carvalheiro *et al.* (2017)

Quanto ao *H. pylori*, o bacilo está mais presente em cânceres precoces que nos avançados, pois estes parecem tornar a mucosa gástrica imprópria para sua colonização. Assim, muitos estudos que não estabeleceram a presença da bactéria no processo carcinogênico, evidenciam que ela já tenha atuado na mucosa e posteriormente desaparecido.⁵

3.3. Quadro clínico e diagnóstico

O câncer gástrico precoce, em geral, apresenta quadro clínico inespecífico, podendo ocorrer quadros dispépticos, intolerância alimentar, náusea e vômito, e dor abdominal.^{6,7} Quando ocorrem sintomas mais sugestivos, é sinal de que o tumor encontra-se em estágio mais avançado, entre eles temos perda de peso, disfagia, dor abdominal, epigastralgia, e massa abdominal palpável, que são os sinais e sintomas mais característicos.¹¹ Outros sintomas como anorexia, anemia, plenitude pós-prandial, hematêmese e/ou melena também podem estar associados. O exame físico é pobre no câncer gástrico precoce, enquanto no avançado sinais como

hepatomegalia nodular, ascite, gânglio de Virchow, prateleira de Blummer e metástase ovariana (tumor de Krukengerg) podem estar presentes.^{5,9,12}



Figura 2: Sinais de doença avançada. A - Linfonodo umbilical da irmã Maria José; B - Nódulo de Virchow; e C - Nódulo de Irish

Cerca de 50% dos pacientes diagnosticados com câncer gástrico apresentam a doença confinada ao sítio locorregional, e metade destes que apresentam a doença aparentemente regional, podem realizar uma cirurgia potencialmente curativa.^{10,11} Os sintomas variam conforme a localização do tumor no estômago, onde que lesões próximas a junção esofagogástrica cursam com disfagia e apresentam pior prognóstico, já em regiões mais distais podem exibir sintomas de obstrução digestiva alta, com vômitos alimentares.^{4,13}

O diagnóstico de câncer gástrico se dá a partir de uma queixa clínica relacionada a sintomas do trato digestivo alto (plenitude gástrica, sangramento digestivo alto ou baixo, náusea e vômito) ou a sintomas constitucionais (perda de peso, anorexia e astenia).^{12,13} A anamnese e o exame físico nortearão a investigação diagnóstica subsequente. O diagnóstico clínico do câncer gástrico é difícil, porque não há sintomas patognomônicos. Além disso, a doença pode cursar assintomática, inclusive na sua fase mais avançada, já com metástases. Quando da suspeita do diagnóstico, o paciente deve ser submetido à endoscopia digestiva alta (padrão ouro), na qual será realizada biópsia de lesões suspeitas e se descreverá a localização das lesões (cárdia com especial atenção à junção gastroesofágica, fundo, corpo, antro e piloro) e o grau de disseminação no órgão.⁴ Mesmo que uma lesão caracteristicamente neoplásica não seja encontrada, biópsias de alterações inespecíficas e amostras aleatórias devem ser coletadas.¹

Uma única biópsia da lesão apresenta sensibilidade diagnóstica de 70%, enquanto 7 biópsias da margem e base da lesão aumentam a sensibilidade para valores acima de 98%.⁴

3.4. Aspectos histológicos e classificação do câncer gástrico

O tipo histológico mais comum do câncer gástrico, é o adenocarcinoma, que corresponde a mais de 90% dos casos de neoplasia maligna do estômago. Entre os outros tipos histológicos temos os tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST), que correspondem a aproximadamente 5% dos casos; além de linfomas, leiomiossarcomas, leiomioblastomas, rabdomiossarcoma e carcinossarcomas, que representam menos de 5% dos casos restantes de câncer gástrico.¹

O adenocarcinoma do estômago pode ser subdividido em dois tipos de acordo com a classificação histológica de Lauren de 1965: o difuso de Lauren e o tipo intestinal.^{2,5} O primeiro apresenta-se com padrão infiltrativo, com extensão submucosa e metástases precoces, acomete mais mulheres em idade jovem, do tipo sanguíneo A e está associado a pior prognóstico. O tipo intestinal apresenta-se como um tumor mais diferenciado, acomete mais homens, em especial, idosos, e evolui principalmente de lesões pré-malignas, apresentando com isso um período de evolução maior.^{1,3}

A forma difusa, em geral, permeia a mucosa e a parede gástrica através de células isoladas ou formando ninhos e não depende da metaplasia para se originar. Estas células, por produzirem grande quantidade de mucina, acabam empurrando o núcleo da célula para a periferia, dando origem à expressão células “em anel de sinete”. Quando um tumor apresenta mais de 50% de suas células com tais características, é denominado carcinoma com células “em anel de sinete”.^{5,8}

Podemos também classificar os tumores gástricos conforme a classificação de Borrmann, 1926: que classifica os tumores macroscopicamente de acordo com sua apresentação na endoscopia digestiva alta, esta classificação divide o carcinoma

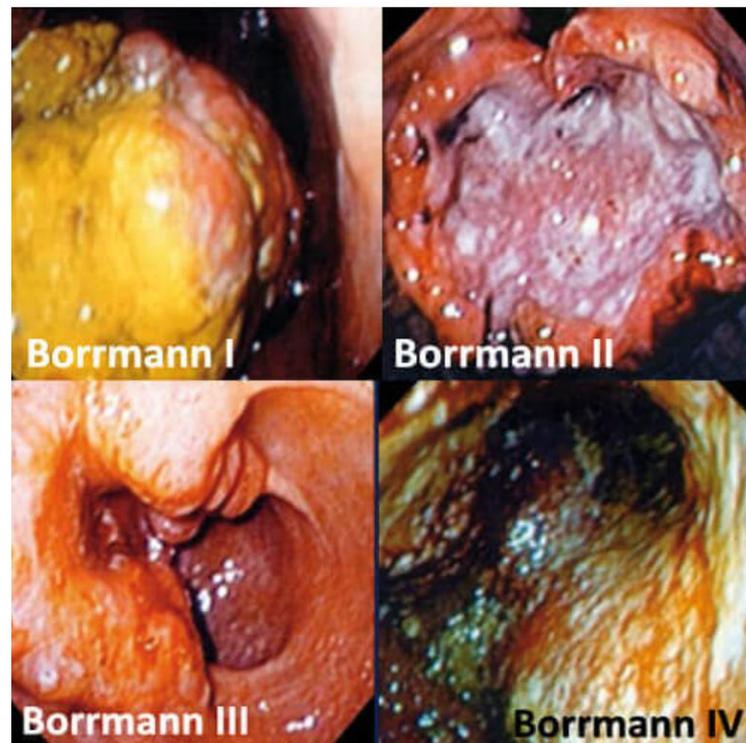
gástrico avançado em 4 tipos, a depender do aspecto macroscópico, conforme ilustrado.⁴

Figura 3: Classificação macroscópica de Borrmann

Típos	Características	Lesões
Borrmann I	Lesão polipoide ou vegetante, bem delimitada	
Borrmann II	Lesão ulcerada, bem delimitada, de bordas elevadas	
Borrmann III	Lesão ulcerada, infiltrativa em parte ou em todas as suas bordas	
Borrmann IV	Lesão difusamente infiltrativa, não se notando limite entre o tumor e a mucosa normal	

Fonte: Adaptada de Carvalho *et al.* (2017)

Figura 4: Classificação de Borrmann



Fonte: Carvalho *et al.* (2017)

3.5. Estadiamento do câncer gástrico

Após o diagnóstico histológico, a tomografia computadorizada do abdômen e do tórax, com contraste oral e venoso, deve ser realizada para definir o estadiamento e planejar o tratamento.^{12,13} É frequente que a doença já se apresente em estágios avançados.² O tratamento é definido conforme a extensão da doença na apresentação. Ressonância magnética deve ser solicitada quando seu resultado tiver potencial de alterar a conduta terapêutica inicial.³ A ultrassonografia endoscópica (também conhecida por ecoendoscopia) pode auxiliar na avaliação da extensão locorregional da doença, sendo assim, clinicamente útil para guiar o estadiamento do câncer gástrico, apesar do baixo desempenho na avaliação de tumores superficiais (T1a e T1b) e na avaliação do comprometimento linfonodal.^{1,4}

A tomografia computadorizada do abdômen é eficaz tanto para avaliação de lesões menores quanto para tumores avançados, possibilita avaliação de metástases hepáticas, presença de linfonodos aumentados e invasão de estruturas adjacentes, possibilitando o estadiamento locorregional.¹⁴ Metástases peritoneais < 5mm podem não ser diagnosticadas pelo exame, por isso, aproximadamente 20 a 30% dos pacientes com tomografia negativa podem apresentar doença intraperitoneal na exploração cirúrgica.⁴

Exames como os marcadores tumorais podem ser avaliados. Elevações de CA 72-4, CA 19-9 e CEA são indicativos doença extensa e, logo, de pior prognóstico. Porém, não apresentam benefício comprovado em sua dosagem e têm acurácia variável nos estudos diagnósticos publicados, o que limitam sua recomendação mandatória na prática clínica.^{1,2}

A laparoscopia diagnóstica pode ajudar no estadiamento abdominal, especialmente na suspeita de implantes peritoneais não confirmados pelos outros métodos diagnósticos, além avaliar localização do tumor, invasão da serosa gástrica e metástases hepáticas.^{14,15} Está também indicada para pacientes com lesão acima de T1 e que não tenham confirmação histológica de estadio IV.⁴

O estadiamento do câncer gástrico mais aceito é o da American Joint Committee on Cancer (AJCC), e a classificação TNM mais utilizada é a da UICC, traduzida pelo INCA/Ministério da Saúde.¹ A 8ª edição de 2017 da AJCC acrescenta o “Y” aos estágios na avaliação / classificação dos pacientes que foram submetidos a neoadjuvância nos casos de câncer gástrico, como se resume a seguir:⁶

Tabela 5: Classificação TNM (UICC, 2010)

Tx	O tumor não pode ser avaliado.	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
T0	Sem evidência de tumor primário	N0	Sem invasão linfática regional.
Tis	Tumor in situ/displasia de alto grau: tumor intraepitelial sem invasão da lâmina própria	N1	1 a 2 linfonodos regionais acometidos.
T1	O tumor invade a lâmina própria ou muscular da mucosa (T1a) ou submucosa (T1b).	N2	3 a 6 linfonodos regionais acometidos.
T2	O tumor invade a muscular própria.	N3	7 ou mais linfonodos regionais acometidos.
T3	O tumor invade a subserosa.	N3a	7 a 15 linfonodos regionais acometidos.
T4	O tumor perfura a serosa (T4a) ou invade estruturas adjacentes (T4b).	N3b	16 ou mais linfonodos regionais acometidos.

M0 Sem metástase à distância

M1 Metástase à distância

Fonte: Adaptada de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017)

Tabela 6: Grupamento por estádios / estágios clínicos (EC)

EC 0	Tis	N0	M0
EC IA	T1	N0	M0
EC IB	T2	N0	M0
	T1	N2	M0
EC IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
EC IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
EC IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
EC IIIB	T4b	N0, N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
EC IIIC	T4a	N3	M0
	T4b	N2, N3	M0
EC IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Adaptada de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017)

3.6. Tratamento cirúrgico do câncer gástrico

A ressecção cirúrgica completa é o único tratamento potencialmente curativo para o câncer gástrico. Conforme a localização e extensão do tumor, opta-se pela gastrectomia subtotal ou total.¹² Deve-se buscar, associada à gastrectomia, margens de ressecção livres de células neoplásicas, eliminação de todos os focos neoplásicos, seja do estômago remanescente ou dos órgãos em continuidade ou adjacentes, mínimas taxas de complicação, melhor qualidade de vida no pós-operatório e menor índice de recidiva.⁵

A ressecção endoscópica, quando realizada em monobloco, com margens de segurança laterais e profunda, pode ser indicada como tratamento exclusivo para o

adenocarcinoma gástrico bem diferenciado ou intestinal (classificação de Lauren), desde que a lesão esteja restrita à mucosa e não apresente úlcera, independentemente de sua extensão; a lesão esteja restrita à mucosa e tenha no máximo 30 mm quando apresentar úlcera; ou a lesão esteja restrita à submucosa superficial (invasão da submucosa até 300 micra), não apresente úlcera e tenha no máximo 30 mm. Este tipo de tratamento deve ser realizado em centros especializados, com grande número de atendimentos, cujos resultados sejam validados e apresentados periodicamente.¹

O tratamento cirúrgico do câncer gástrico consiste na ressecção de pelo menos 2/3 do estômago associada a dissecção linfonodal. A margem cirúrgica de ressecção recomendada é de 2 cm para os tumores T1, 3 cm para T2 ou mais profundos com padrão de crescimento expansivo e de 5 cm para de padrão de crescimento infiltrativo. Quando estas margens podem ser obtidas com preservação da junção esôfago-gástrica e um segmento remanescente de estômago, a gastrectomia distal é o procedimento de escolha. Nos outros casos deverá ser realizado gastrectomia total. Outras indicações citadas de gastrectomia total são o acometimento e consequente ressecção do pâncreas e baço, e tumores infiltrativos.¹

Quando o tratamento cirúrgico visa eliminar todos os focos de doença, a cirurgia é dita curativa. Por outro lado, quando a doença já está em estadió avançado, impossibilitando a ressecção completa ou na presença de doença à distância, de carcinomatose peritoneal, ascite com células malignas, presença de nódulos metastáticos supraclaviculares, comprometimento de vasos vitais, a cirurgia curativa fica inviabilizada, sendo denominada paliativa.^{14,15} Assim ela pode ter por finalidade desobstruir o trânsito alimentar, retirar um foco hemorrágico e melhorar a qualidade de vida. A reconstrução mais utilizada é também o Y de Roux.⁵

Quanto a linfadenectomia, foi observada relação proporcional entre o número de linfonodos ressecados e a sobrevida. Este benefício da linfadenectomia mais extensa foi observado, mesmo em números elevados como 40 linfonodos.¹ Um ponto de corte ideal não foi definido, porém, pelo menos 15 linfonodos deveriam ser ressecados para permitir adequado estadiamento.^{7,8}

Tabela 7: Bases linfonodais perigástricas

Estação do Linfonodo (No.)	Descrição	Terço superior	Terço medial	Terço inferior
1	Paracardiaco direito	1	1	2
2	Paracardiaco esquerdo	1	3	M
3	Curvatura menor	1	1	1
4sa	Gástrica curta	1	3	M
4sb	Gastroepiploica E	1	1	3
4d	Gastroepiploica D	2	1	1
5	Suprapilórica	3	1	1
6	Infrapilórica	3	1	1
7	Artéria gástrica E	2	2	2
8a	Hepática comum anterior	2	2	2
8p	Hepática comum posterior	3	3	3
9	Artéria celíaca	2	2	2
10	Hilo esplênico	2	3	M
11p	Esplênica proximal	2	2	2
11d	Esplênica distal	2	3	M
12a	Hepatoduodenal E	3	2	2
12b,p	Hepatoduodenal posterior	3	3	3
13	Retropancreática	M	3	3
14v	V. mesentérica sup.	M	3	2
14a	A. mesentérica sup.	M	M	M
15	Cólica média	M	M	M
16a1	Hiato aórtico	M	M	M
16a2, b1	Para-aórtico medial	3	3	3
16b2	Para-aórtico caudal	M	M	M

Fonte: Carvalheiro *et al.* (2017)

3.7. Prognóstico

O prognóstico do câncer de estômago varia conforme o estadiamento. O acometimento linfonodal torna o prognóstico desfavorável, mesmo nos estágios iniciais.¹⁵ O melhor prognóstico é associado ao câncer inicial que, com tratamento cirúrgico, pode ser curado em até 90% dos casos avaliados em 5 anos.^{11,12} Por isso, o tratamento é multidisciplinar e envolve cirurgia, radioterapia e quimioterapia, na tentativa de modificar a história natural da doença. O momento em que cada uma das opções terapêuticas será instituída, combinadas ou não, e a sequência dos tratamentos são alvo de estudos há décadas. Diversas sociedades e diretrizes

nacionais e internacionais propõe um algoritmo de tomada de decisão para o tratamento do câncer de estômago.¹ (Anexo 1).

4 MÉTODOS

Foi realizada uma busca ativa nos prontuários do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM, a fim de levantar dados, pertinentes ao objetivo do estudo.

Trata-se de um estudo retrospectivo da qual fizeram parte 85 prontuários de pacientes submetidos a gastrectomias oncológicas no HUCAM, no período de janeiro de 2012 a julho de 2017. Estes pacientes foram atendidos e operados no HUCAM.

Foram excluídos da análise 20 prontuários, devido a falta de dados pré estabelecidos nos objetivos do trabalho.

Os critérios de inclusão no trabalho foram todos os pacientes atendidos e diagnosticados com câncer gástrico, que foram submetidos a gastrectomia parcial ou total em oncologia.

Os critérios de exclusão do trabalho foram pacientes cuja gastrectomia realizada no serviço não foi oncológica, ou seja, tiveram confirmado o diagnóstico de doença benigna. Sendo entre os 20 excluídos: 17 pacientes que realizaram gastrectomias parciais devido a obesidade (cirurgia bariátrica) e 3 pacientes que foram submetidos a gastrectomias de urgência devido a úlcera gástrica perfurada, cujo anátomo-patológico confirma doença benigna.

Os procedimentos de busca obedeceram a seguinte sequência :

- Levantamento do número de identificação dos prontuários com a secretária da clínica cirúrgica;
- Solicitação dos prontuários junto ao SAME do HUCAM;
- Avaliação individual de cada prontuário, com coleta de dados pré estabelecidos, conforme tabela contendo todas as variáveis estudadas presente no Anexo 2;

Após coletados, os dados foram dispostos em tabelas de frequência absoluta e relativa, necessárias ao acompanhamento da discussão analítico descritiva que compõe o estudo.

5 RESULTADOS

Foi realizada busca ativa por prontuários de pacientes operados submetidos a gastrectomia oncológica no HUCAM, no período de janeiro de 2012 a julho de 2017, com total de 85 casos. Foram excluídos 20 prontuários por não estarem de acordo com o objetivo do presente estudo, sendo que 17 prontuários foram excluídos por se tratarem de gastrectomias parciais em obesidade / cirurgias bariátricas que foram descritas como gastrectomias parciais e 3 prontuários foram excluídos pois se tratavam de gastrectomias parciais por doença benigna (úlceras gástricas perfuradas). Amostra final resultou em 65 prontuários, referentes a câncer gástrico que foram submetidos a cirurgia / gastrectomia oncológica.

Em 2012 foram levantados 26 prontuários, com perda de 10 prontuários (38.4%). Em 2013 15 prontuários, com perda de nenhum prontuário. 2014 foram 6 prontuários, com perda de 1 (16.6%). Em 2015 11 casos, com perda de nenhum prontuário. 2016 foram levantados 15 prontuários, com perda de 5 (33,3%). 2017 foram 12 prontuários, com perda de 4 (33.3%).

NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS HUCAM-UFES DE 2012-2017

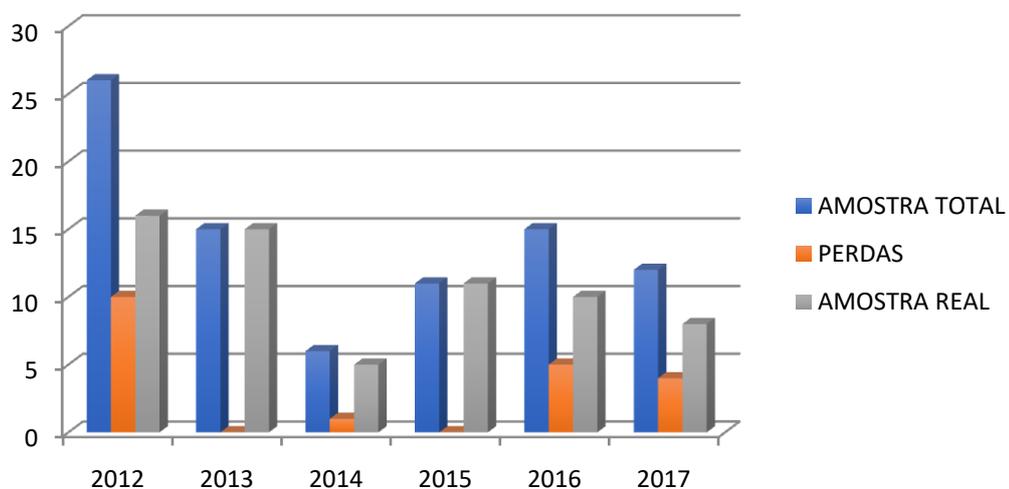


GRÁFICO 1. NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS / HUCAM-UFES DE 2012-2017

Em relação ao acometimento por sexo, encontramos 47 pacientes do sexo masculino (72,3%), em comparação a 18 pacientes do sexo feminino (27,7%). Conforme ilustrado no gráfico 2.

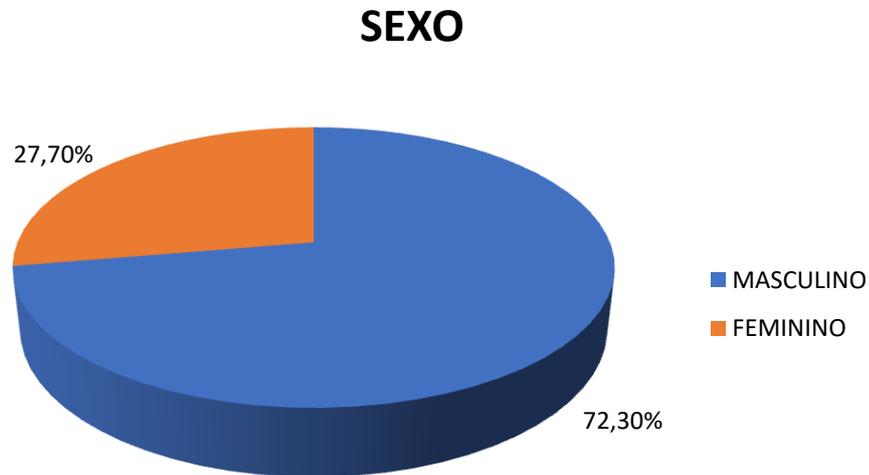


GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO POR SEXO / HUCAM 2012-2017

Com relação a faixa etária do acometimento, o intervalo de idade esteve compreendido entre 22 – 85 anos, com média de 60,7 anos, como mostra o gráfico de número 3.

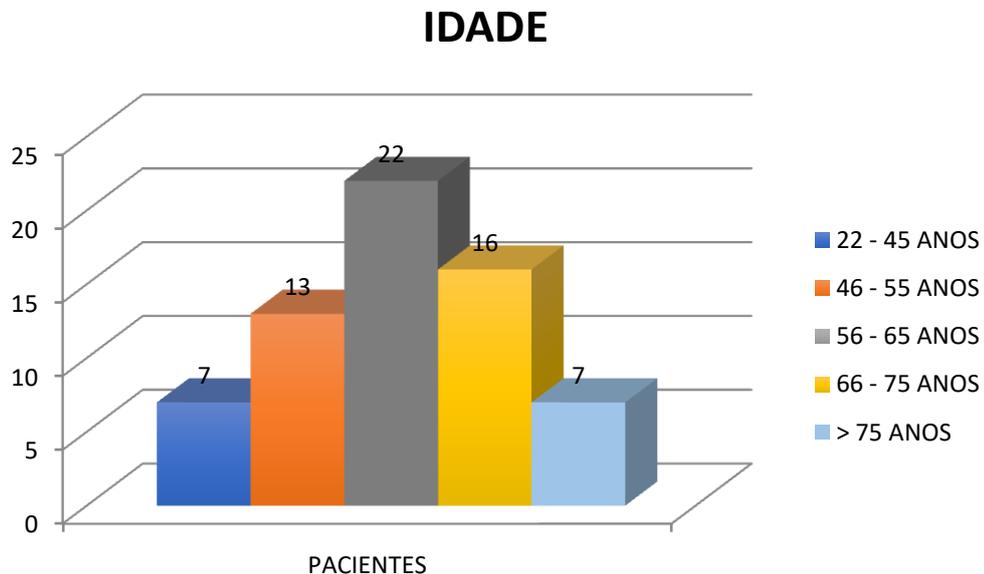


GRÁFICO 3. FAIXA ETÁRIA DO ACOMETIMENTO / HUCAM 2012-2017

Foi avaliado também o município de residência de cada um dos pacientes acometidos pelo câncer gástrico que foram submetidos a gastrectomia, sendo que 31 pacientes (47,7%) residiam no interior do estado do Espírito Santo, 31 pacientes

(47,7%) residiam na Grande Vitória, que compreende os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória; e 3 pacientes (4,6%) residiam em outros estados; conforme ilustrado no gráfico 4.

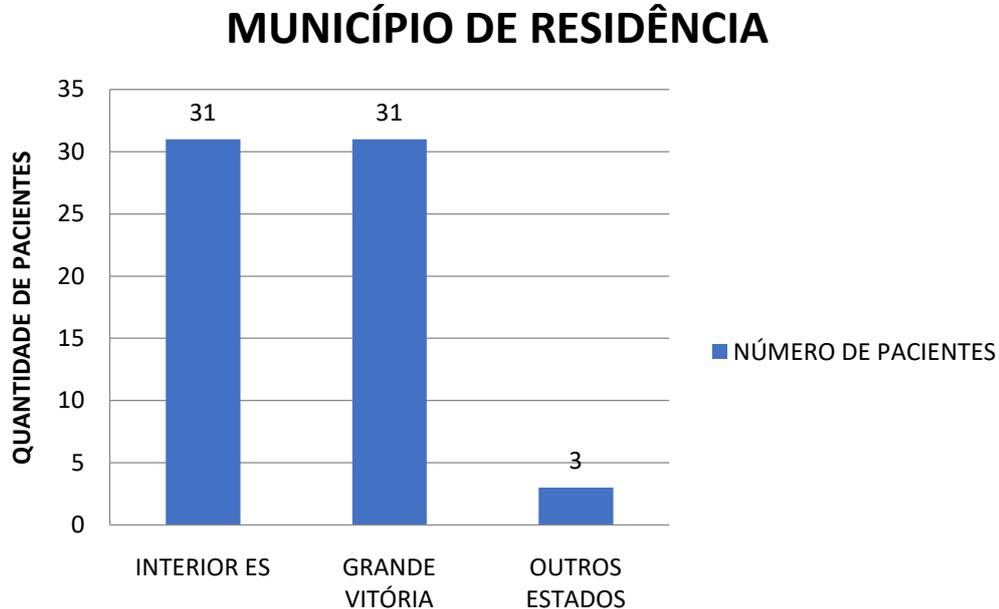


GRÁFICO 4. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA / HUCAM 2012-2017

Com relação ao perfil nutricional no período pré-operatório, imediatamente antes da realização do procedimento cirúrgico, foi analisado o IMC dos pacientes, onde que o mesmo variou de 16,75 – 33, tendo como IMC médio 22,93. Porém, em 32 prontuários este dado não foi registrado, ou seja, em 49,23% dos prontuários o valor do IMC não foi encontrado / descrito pela equipe multidisciplinar que acompanhou o paciente. Quando os valores de IMC encontrados foram agrupados dentro dos intervalos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) observou-se que 6 pacientes apresentavam IMC < 18,5 (baixo peso), 15 pacientes estavam com IMC 18,5 – 24,9 (normal), 10 pacientes no intervalo de 25 – 29,9 (sobrepeso) e 1 paciente apresentava IMC > 30 (obesidade), conforme ilustrado no gráfico 5 à seguir.

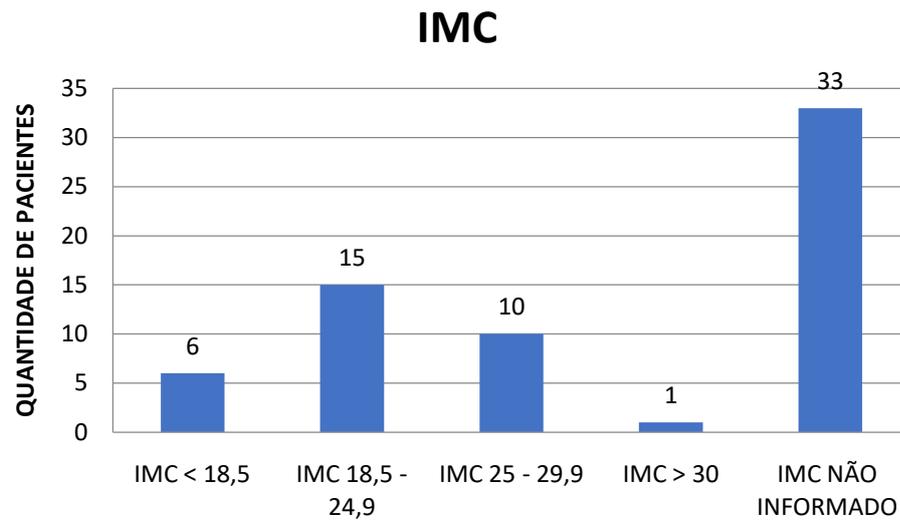


GRÁFICO 5. VARIAÇÃO DO IMC / HUCAM 2012-2017

Com relação ao tabagismo observou-se que 37 pacientes eram tabagistas (56,9%), 22 pacientes não eram tabagistas (33,8%), e em 6 prontuários (9,3%) esta informação não foi relatada, como ilustrado no gráfico 6.

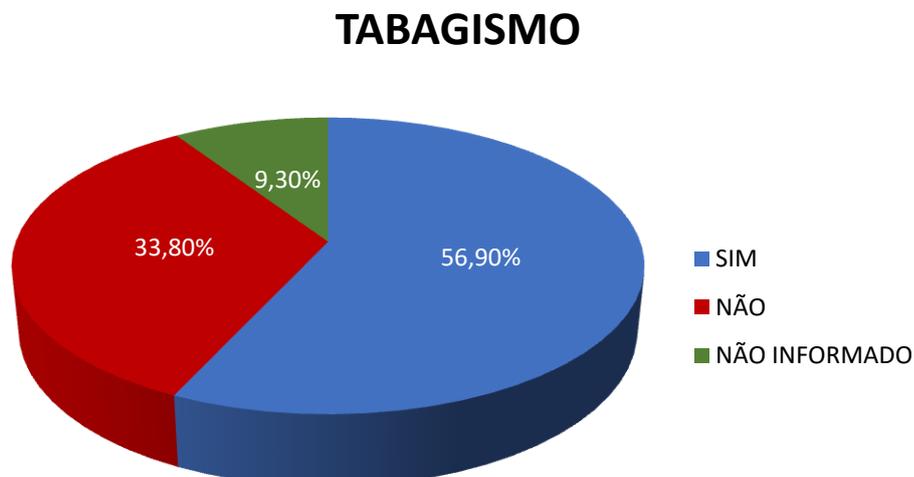


GRÁFICO 6. TABAGISMO / HUCAM 2012-2017

Quanto a presença ou não de infecção por *Helicobacter Pylori* observou-se que 15 pacientes apresentavam *H. Pylori* positivo na endoscopia digestiva alta que diagnosticou o câncer gástrico, ou seja, em 23,1% dos pacientes a infecção estava presente, em 16 pacientes a pesquisa de *H. Pylori* foi negativa (24,6%) e em 34 prontuários esta informação não foi encontrada (52,3%), conforme ilustrado no gráfico 7.

H. PYLORI

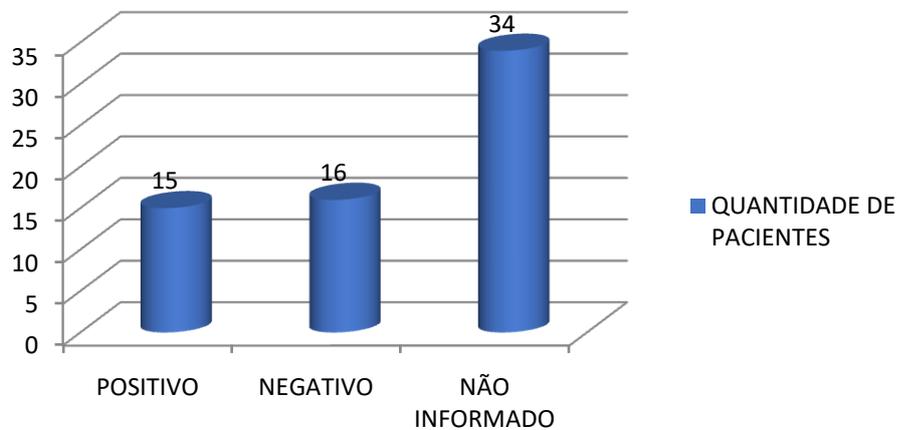


GRÁFICO 7. INFECÇÃO PELO *HELICOBACTER PYLORI* / HUCAM 2012-2017

Ao se analisar o estadiamento clínico / pré-cirúrgico observou-se 2 pacientes no Estágio Ic (Tumor classificado pelo TNM em T1 N0/1 M0 ou T2 N0 M0), ou seja 3% dos casos; 14 pacientes enquadrados no Estágio IIc (T1, N2/3, M0; T2, N1/2, M0; T3, N0/1, M0; T4a, N0, M0), ou seja 21,5% dos casos; 27 pacientes no Estágio IIIc (T2, N3, M0; T3, N2/3, M0; T4a, N1/2/3, M0; T4b, N0/1/2/3, M0), o que representa 41,5% dos pacientes estudados; e 7 pacientes no Estágio IVc (qualquer T, qualquer N e M1 pelo TNM), ou seja 11% dos casos. Em 15 prontuários esta classificação não foi descrita (23% dos prontuários), conforme observa-se no gráfico 8.

ESTADIAMENTO CLÍNICO / PRÉ-CIRÚRGICO

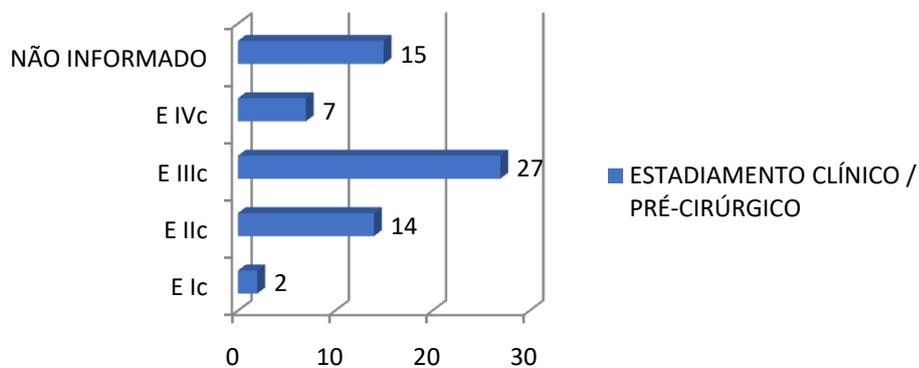


GRÁFICO 8. ESTADIAMENTO CLÍNICO / PRÉ-CIRÚRGICO / HUCAM 2012-2017

Quanto a avaliação endoscópica, foi avaliada a Classificação de Borrmann, sendo que 4 pacientes apresentavam Borrmann I (6,2% dos casos), 14 pacientes apresentavam Borrmann II (21,6% dos casos), 28 pacientes apresentam Borrmann III na endoscopia digestiva alta (43% dos casos), e 6 pacientes com Borrmann IV (9,2 % dos pacientes). Em 13 prontuários não foi encontrada esta informação, ou seja, em 20% dos pacientes não existia essa informação nos prontuários, como se observa no gráfico 9.

CLASSIFICAÇÃO DE BORRMANN

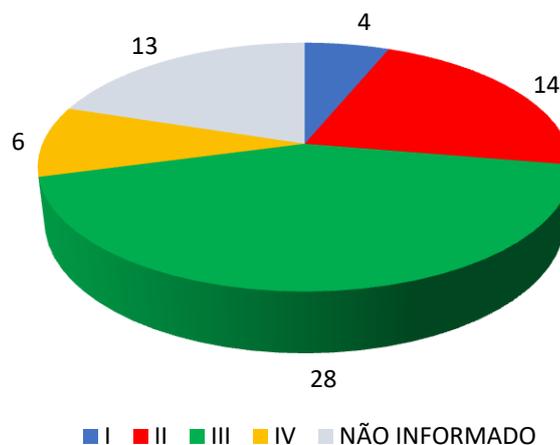


GRÁFICO 9. CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA DE BORRMANN / HUCAM 2012-2017

Quando se avaliou a técnica cirúrgica, as gastrectomias foram divididas em parciais ou subtotais e as totais, onde todo o estômago foi ressecado. Ao longo destes 5 anos e 7 meses foram realizadas 39 gastrectomias oncológicas parciais (60% das cirurgias realizadas) e 26 gastrectomias totais (40% das cirurgias realizadas). A proporção de cada uma destas cirurgias de acordo com o ano avaliado (2012 – 2017) encontra-se no gráfico 10 à seguir.

GASTRECTOMIA PARCIAL x TOTAL

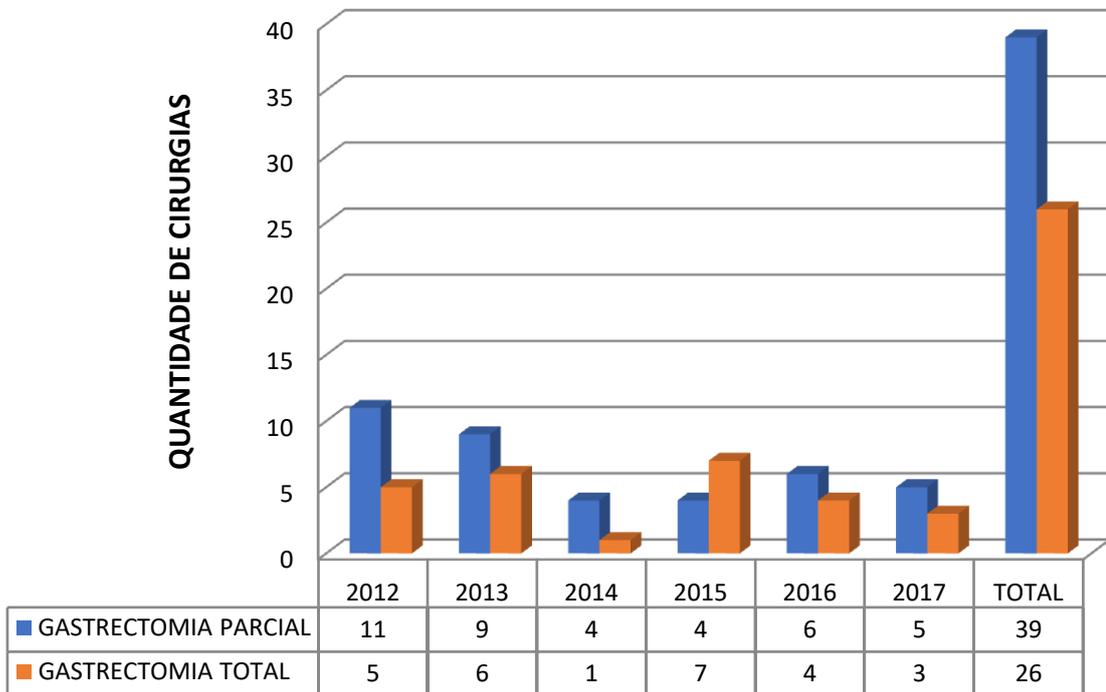


GRÁFICO 10. GASTRECTOMIA PARCIAL x TOTAL / HUCAM 2012-2017

Quanto a reconstrução do trânsito alimentar observou-se 2 técnicas realizadas após a realização da gastrectomia, que foram a reconstrução em Y de Roux, encontrada em 48 dos 65 prontuários avaliados, ou seja, esteve presente em 73,8% dos casos; e a anastomose a Billroth II (B II) que foi realizada em 16 dos 65 pacientes avaliados (24,6% dos casos). Em uma das cirurgias de 2015 não foi realizado nenhum dos dois tipos de reconstrução do trânsito alimentar pois se tratou de uma “Gastrectomia em Cunha” para exeresse de um pequeno GIST. As reconstruções de acordo com o ano estudado encontram-se no gráfico 11, conforme se segue.

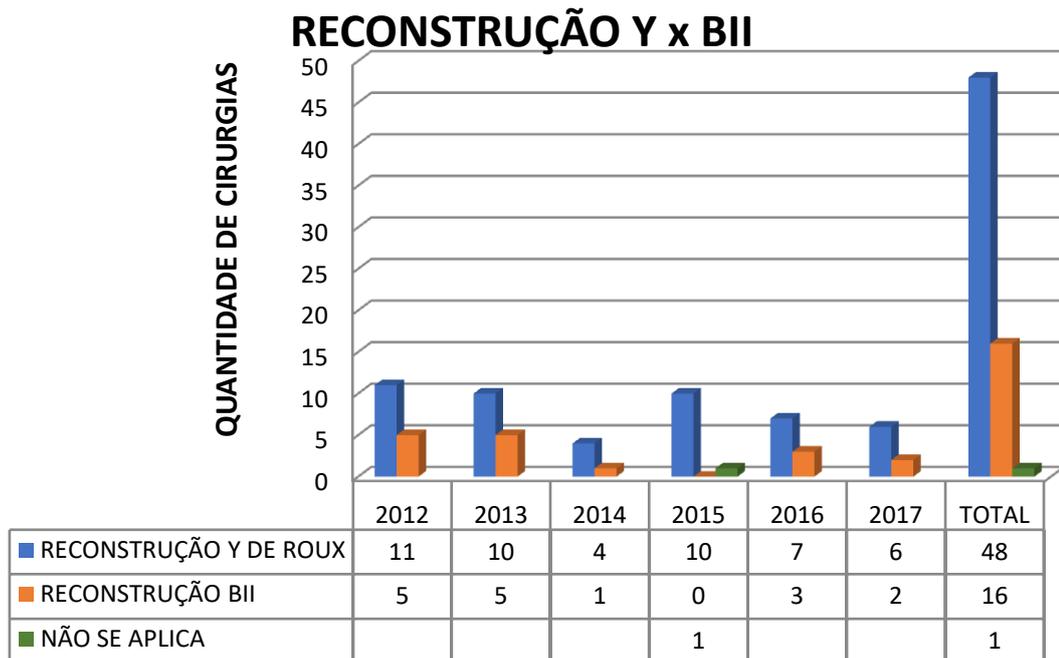


GRÁFICO 11. RECONSTRUÇÃO Y x BII / HUCAM 2012-2017

Quanto a linfadenectomia realizada, a mesma esteve ausente em 29 dos 65 prontuários analisados (44,6% dos casos). Foi realizada linfadenectomia a DI em 6 pacientes (9,2% dos casos) e a linfadenectomia estendida ou a DII foi encontrada em 30 dos 65 pacientes submetidos a gastrectomia oncológica, ou seja, foi realizada em 46,2% dos casos. No gráfico à seguir, gráfico 12, é possível analisar a proporção de cada tipo de linfadenectomia que foi realizada em cada um dos anos analisados no presente estudo.

LINFADENECTOMIA

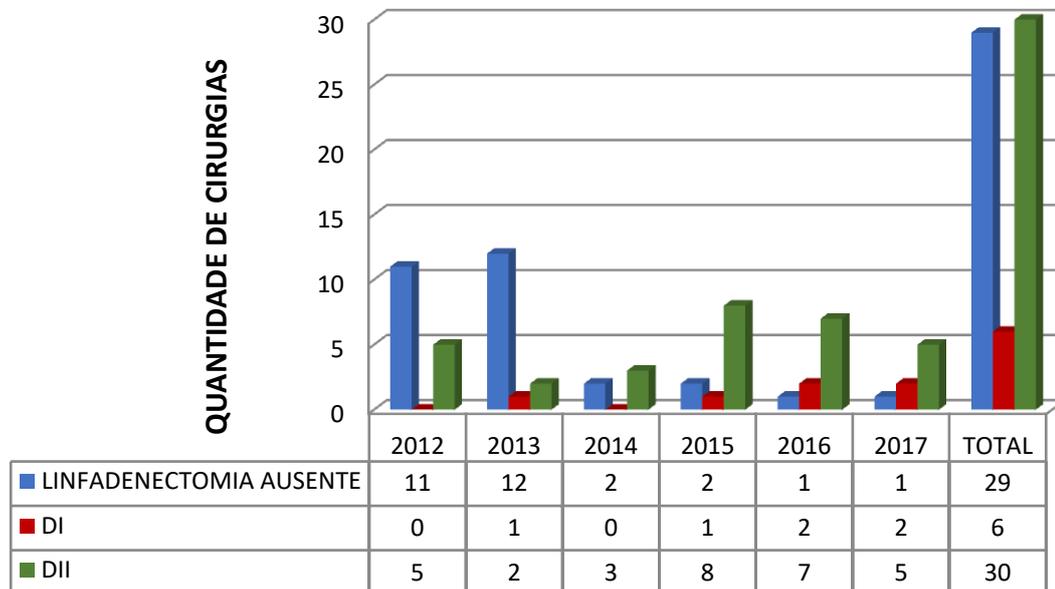


GRÁFICO 12. LINFADENECTOMIAS / HUCAM 2012-2017

Quanto a terapia complementar Quimioterapia Adjuvante / Neoadjuvante; 20 pacientes realizaram o tratamento adjuvante, ou seja, realizaram tratamento complementar após o procedimento cirúrgico, o que representa 30,7% dos casos; 3 pacientes realizaram apenas terapia neoadjuvante (4,6% dos casos), 4 pacientes realizaram neoadjuvância + adjuvância (6,2% dos casos), 15 pacientes não foram submetidos a nenhuma terapia complementar (23,1% dos pacientes) e em 23 prontuários esta informação não foi encontrada, o que representa 35,4% dos casos, conforme ilustrado no gráfico 13.

TERAPIA COMPLEMENTAR

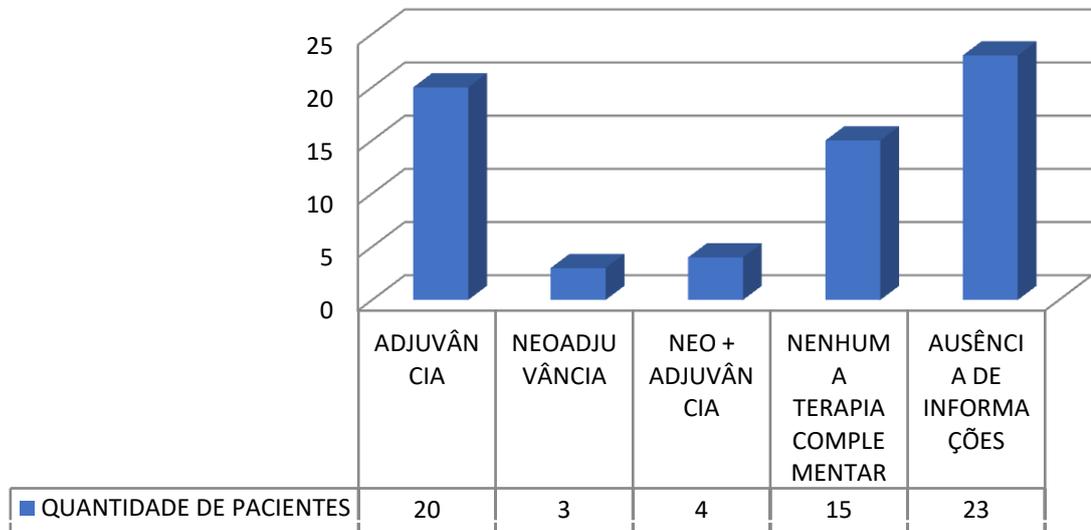


GRÁFICO 13. TERAPIA COMPLEMENTAR / HUCAM 2012-2017

Quanto ao tipo histológico de maior incidência, observou-se 56 pacientes com adenocarcinoma, o que representa 86,2% da amostra estudada; 6 pacientes com anátomo-patológico de GIST (Tumor estromal gastro-intestinal), o que representa 9,2% da amostra e 3 pacientes com outros tipos histológicos, sendo entre eles o linfoma, lipossarcoma e tumor glômico, que representam 4,6% da amostra, conforme o gráfico 14.

TIPO HISTOLÓGICO

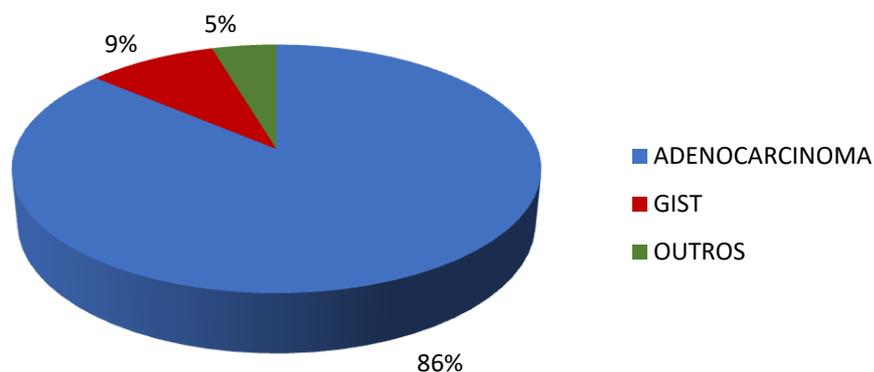


GRÁFICO 14. TIPO HISTOLÓGICO / HUCAM 2012-2017

Quanto ao tempo de internação, o mesmo variou de 6 – 67 dias, com média de 13,8 dias de internação, sendo que o período foi contabilizado inicialmente no dia em que ocorreu o procedimento cirúrgico e o último dia foi considerado o dia da alta,

não foi levado em consideração o período que os pacientes estiveram internados para estadiamento, observou-se que aqueles que estiveram mais tempo internados necessitaram de reabordagem cirúrgica, por diversas causas como pneumoperitônio, fístulas, hemorragias, entre outras; conforme ilustrado no gráfico 15.



GRÁFICO 15. TEMPO DE INTERNAÇÃO / HUCAM 2012-2017

Com relação a mortalidade pós-operatória, 6 pacientes foram a óbito em até 30 dias de pós-operatório, o que representa 9,2% da amostra, e este fato ocorreu devido a sangramentos / hemorragias, deiscência de anastomose, e sepse / choque séptico. 48 pacientes sobreviveram aos primeiros 30 dias de pós-operatório, o que representa 73,8% dos casos, e em 11 prontuários estas informações não estavam presentes devido a provável perda de seguimento do paciente, o que representa 17% dos casos, fato ilustrado no gráfico 16, à seguir.

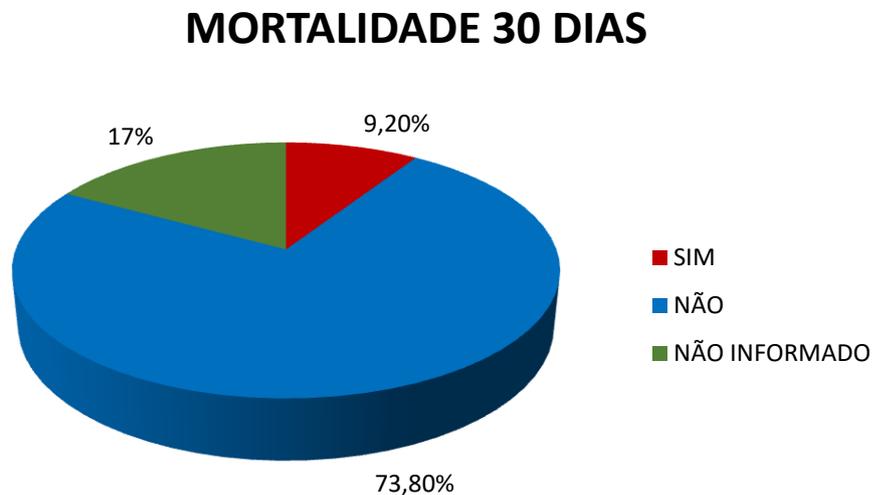


GRÁFICO 16. MORTALIDADE EM 30 DIAS / HUCAM 2012-2017

No momento do estadiamento pós-cirúrgico pelo TNM também houve um grande número de prontuários que não apresentavam estes dados, ao se fazer busca ativa no setor de patologia, alguns pacientes também não apresentavam este resultado no setor, o que dificultou a coleta desta variável; em cerca de 44,6% dos casos esse dado não foi encontrado, conforme ilustrado no gráfico a seguir. Chama a atenção também o fato de quase 11% dos pacientes apresentarem a neoplasia em estágio inicial (T1N0Mx), como se observa no gráfico 17.

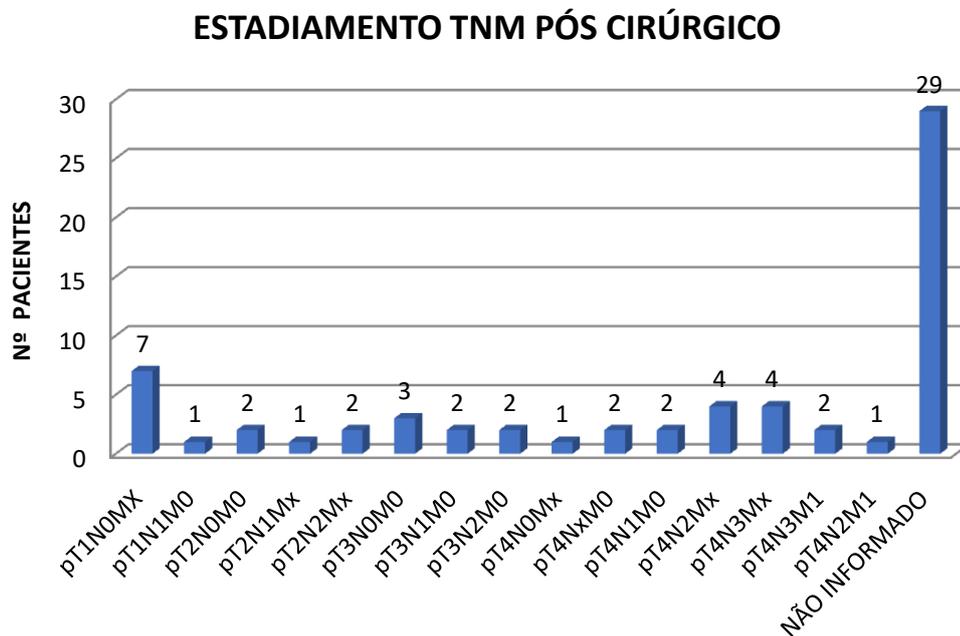


GRÁFICO 17. ESTADIAMENTO TNM PÓS-CIRÚRGICO / HUCAM 2012-2017

Com relação a quantidade de linfonodos ressecados e avaliados no anátomo-patológico, o número de linfonodos variou de 2 – 58, apresentando uma média de linfonodos ressecados de 22,76 linfonodos em cada peça cirúrgica. Porém este dado foi o que mais sofreu perda dentro do estudo, onde que em 40 prontuários o mesmo não foi encontrado, o que representa 61,5% da amostra estudada.

Quando se comparou o estadiamento clínico com o que foi encontrado nos anátomos-patológicos, percebeu-se que a grande maioria estava de acordo, ou seja, o estadiamento pré-operatório foi compatível com o pós-operatório na grande maioria dos casos. Apesar de uma grande discrepância encontrada em alguns casos. Conforme gráfico 18, à seguir.

ESTADIAMENTO CLÍNICO x CIRÚRGICO

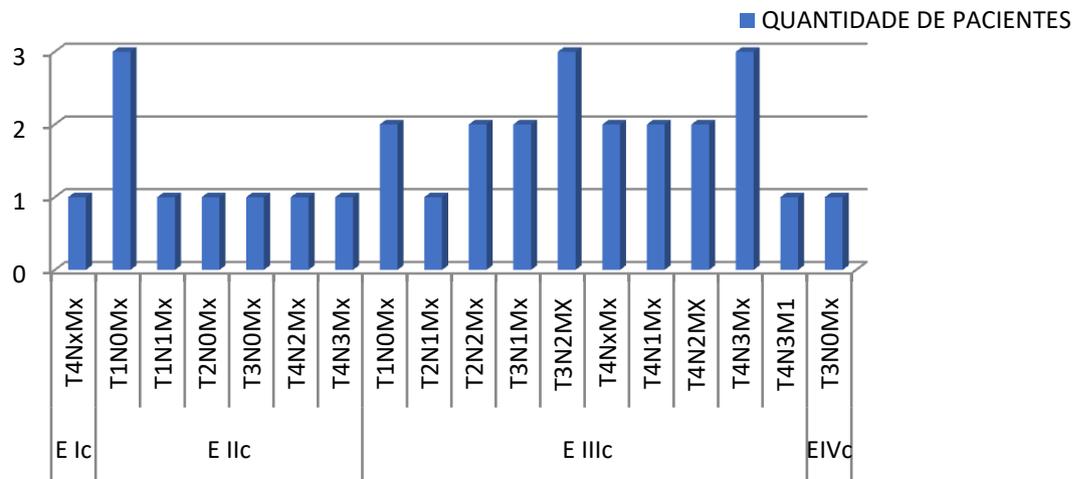


GRÁFICO 18. ESTADIAMENTO CLÍNICO x CIRÚRGICO / HUCAM 2012-2017

6 DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que o câncer gástrico apresenta alta prevalência no sexo masculino, chegando a aproximadamente 3:1 (3 homens / 1 mulher), o que está de acordo com as taxas de incidência de câncer gástrico publicadas na estimativa no INCA para 2016, que é de 2:1 (2 homens / 1 mulher).^{1,2}

Com relação a média de idade do acometimento, esta foi de 60,7 anos entre os 65 prontuários estudados. Segundo Crew e Neugut¹⁶, a incidência da neoplasia aumenta progressivamente com a idade, com pico de incidência entre 50 e 70 anos. Somente 2% a 9% de todos os pacientes com câncer gástrico têm menos de 40 anos de idade^{17,18}.

Quanto ao local de moradia dos pacientes atendidos evidenciou-se que apenas 47,7% dos pacientes são moradores da Grande Vitória, ou seja, mais da metade dos pacientes atendidos e operados no nosso serviço são provenientes do interior do Espírito Santo ou de outros estados, o que mostra a importância do serviço de cirurgia na vida de milhares de pessoas que dele dependem, e faz do nosso serviço uma referência para todo o Estado do Espírito Santo.

Ao avaliarmos o estado nutricional dos pacientes, identificamos que a maior parte deles apresentava IMC (Índice de Massa Corporal), dentro dos valores da normalidade, apesar de quase 100% deles informarem perda de peso significativa no momento do diagnóstico. A desnutrição calórica e proteica em indivíduos com câncer é muito frequente. Diversos fatores estão envolvidos no seu desenvolvimento, particularmente aqueles relacionados ao curso da doença (redução do apetite, dificuldades mecânicas para mastigar e deglutir alimentos), efeitos colaterais do tratamento e jejuns prolongados para exames pré ou pós-operatórios, que são agravados por condição socioeconômica precária e hábitos alimentares inadequados. Os principais fatores determinantes da desnutrição nesse indivíduo são: a redução na ingestão total de alimentos, as alterações metabólicas provocadas pelo tumor e o aumento da demanda calórica para crescimento do tumor, sendo frequente a ocorrência de desnutrição em indivíduos com câncer, o

que reafirma a necessidade da equipe multidisciplinar trabalhar em conjunto, identificando prontamente as desordens nutricionais e realizando toda suplementação necessária para que o paciente tenha condições de suportar a injúria cirúrgica bem como os tratamentos complementares¹⁸.

Analisando os fatores de risco pesquisados, é possível confirmar a relação do tabagismo com o desenvolvimento do câncer gástrico, onde que aproximadamente 57% dos pacientes em questão eram tabagistas pesados de longa data. Uma revisão sistemática envolvendo 42 artigos, comparando fumantes e não fumantes, obteve a comprovação do tabagismo como fator de risco na gênese do câncer gástrico. Além disso, o risco demonstra-se maior conforme o número de cigarros/dia¹⁹.

Quanto ao *H. Pylori*, em cerca de 52,3% dos prontuários não foi encontrada nenhuma informação quanto a presença ou ausência do mesmo, o que dificultou estabelecer a relação deste com o câncer gástrico no nosso serviço, porém, o *H. pylori* é responsável por provocar um processo inflamatório crônico na mucosa gástrica, além de erosão, gastrite atrófica e lesões pré-cancerígenas que, na idade adulta, funcionariam como iniciadores neoplásicos, associado a outros fatores de risco. Uma meta-análise envolvendo 12 estudos prospectivos, com 1.228 casos de câncer gástrico, obteve como resultado a associação direta entre câncer gástrico e infecção pelo *H. pylori*, principalmente quando a amostra sorológica para *H. pylori* foi coletada 10 anos antes do diagnóstico de câncer gástrico. O *H. pylori* está mais presente em cânceres precoces que nos avançados, pois estes parecem tornar a mucosa gástrica imprópria para sua colonização^{5,8}.

Com relação ao estadiamento clínico / pré-cirúrgico foram encontrados a grande maioria dos pacientes no estadio IIIc, cerca de 41,5% dos casos, O estadiamento é o fator prognóstico mais importante. Os pacientes com estádios I e II têm melhor prognóstico, no entanto, de acordo com *Mandorwski, et al*, em sua revisão bibliográfica, mais de 50% dos doentes são diagnosticados nos estádios III e IV. Nesses estádios, a sobrevida após cinco anos é de 33,4% e de 2%, respectivamente, o que corrobora com a literatura, onde que o estadio mais avançado é o mais frequentemente encontrado no momento do diagnóstico^{19,20}.

A avaliação da técnica cirúrgica evidenciou que 60% dos pacientes foram submetidos a gastrectomias parciais e 40% foram submetidos a gastrectomia total, a depender da localização da lesão e do grau de acometimento do órgão. Quanto a reconstrução do trânsito alimentar, a reconstrução em Y de Roux foi a mais utilizada, presente em mais de 73% dos pacientes, porém, estes valores ainda estão abaixo do que é preconizado. De acordo com o Consenso Brasileiro Sobre Câncer Gástrico: Diretrizes Para O Câncer Gástrico No Brasil, publicado em 2013, recomenda-se que 96% das gastrectomias parciais e 100% das gastrectomias totais sejam reconstruídas com Y de Roux²⁰. A linfadenectomia a D II foi realizada em pouco menos de 50% dos pacientes, o que também precisa ser melhorado em nosso serviço, tendo em vista que já foi amplamente comprovado os benefícios desta técnica, além de melhora no prognóstico e na sobrevida dos portadores de câncer gástrico submetidos a cirurgia. De acordo com o Ministério da Saúde existe uma relação proporcional entre o número de linfonodos ressecados e a sobrevida. Este benefício da linfadenectomia mais extensa foi observado, mesmo em números elevados como 40 linfonodos²⁰.

A quantidade de linfonodos ressecados foi uma média de 22,76 linfonodos por peça cirúrgica, o que está dentro do aceitável, apesar dos grandes centros e do Ministério da saúde recomendarem como ideal a ressecção de pelo menos 25 linfonodos. A ressecção de 15 linfonodos, no entanto, é considerada aceitável¹.

Quanto ao tipo histológico mais encontrado confirma-se o adenocarcinoma como mais frequente, representando mais de 90% dos casos, seguido de GIST, linfoma, entre outros, conforme está disponível no Consenso Brasileiro Sobre Câncer Gástrico: Diretrizes para o Câncer Gástrico no Brasil, publicado em 2013²⁰.

A mortalidade em 30 dias esteve presente em 9,2% dos pacientes submetidos a cirurgia. A causa do óbito neste período se deu por hemorragia / sangramento, deiscência de suturas e sepse / choque séptico. Com relação a terapia complementar evidenciou-se que menos de 50% dos pacientes foram submetidos a adjuvância / neoadjuvância, o que também precisa ser melhorado. A terapia neoadjuvante é indicada para todos os pacientes que possuem T2 ou mais e com metástase linfonodal presente, já a terapia adjuvante está indicada em qualquer

profundidade de tumor que contenha linfonodo positivo, conforme publicado por ZILBERSTEIN, em 2013⁷.

Sobre o tempo de internação, a média foi de 13,8 dias, a contar à partir do momento cirúrgico; de acordo com a literatura, o tempo preconizado normalmente é de 7-10 dias, podendo variar conforme a cirurgia realizada (parcial x total)^{1,4}.

7 CONCLUSÃO

Foi realizada busca ativa nos prontuários dos pacientes submetidos a gastrectomia oncológica no HUCAM, no período de janeiro de 2012 a julho de 2017, onde foram encontrados 85 prontuários, com perda de 20, restando uma amostra final de 65 prontuários analisados.

Traçamos um perfil para os pacientes e vimos que os adultos, idosos e do sexo masculino são o grupo mais acometido. Além disso, outros fatores de risco como tabagismo e presença de *H. Pylori* também foram bem prevalentes entre os pacientes em questão. A gastrectomia parcial foi a mais utilizada, juntamente com a reconstrução do trânsito alimentar em Y de Roux.

Quanto à linfadenectomia, a mesma deve ser realizada a DII e com ressecção ampla linfonodal ao redor do órgão, para garantir a eficácia cirúrgica.

Com relação aos dados que não foram relatados no prontuário, vale à pena reforçar a importância dos mesmos, para que melhorias futuras sejam implementadas em nosso serviço visando sempre o melhor para os nossos pacientes. Esperamos diminuir essa lacuna de informações não fornecidas com o implemento do sistema digital dos prontuários do HUCAM, evitando assim que dados importantes sejam perdidos.

Concluimos que o presente estudo, ajudou a compreender melhor, o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos à gastrectomia oncológica no HUCAM, podendo com isso trazer melhorias, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais da área. Os resultados obtidos no presente estudo são consistentes com a literatura consultada.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

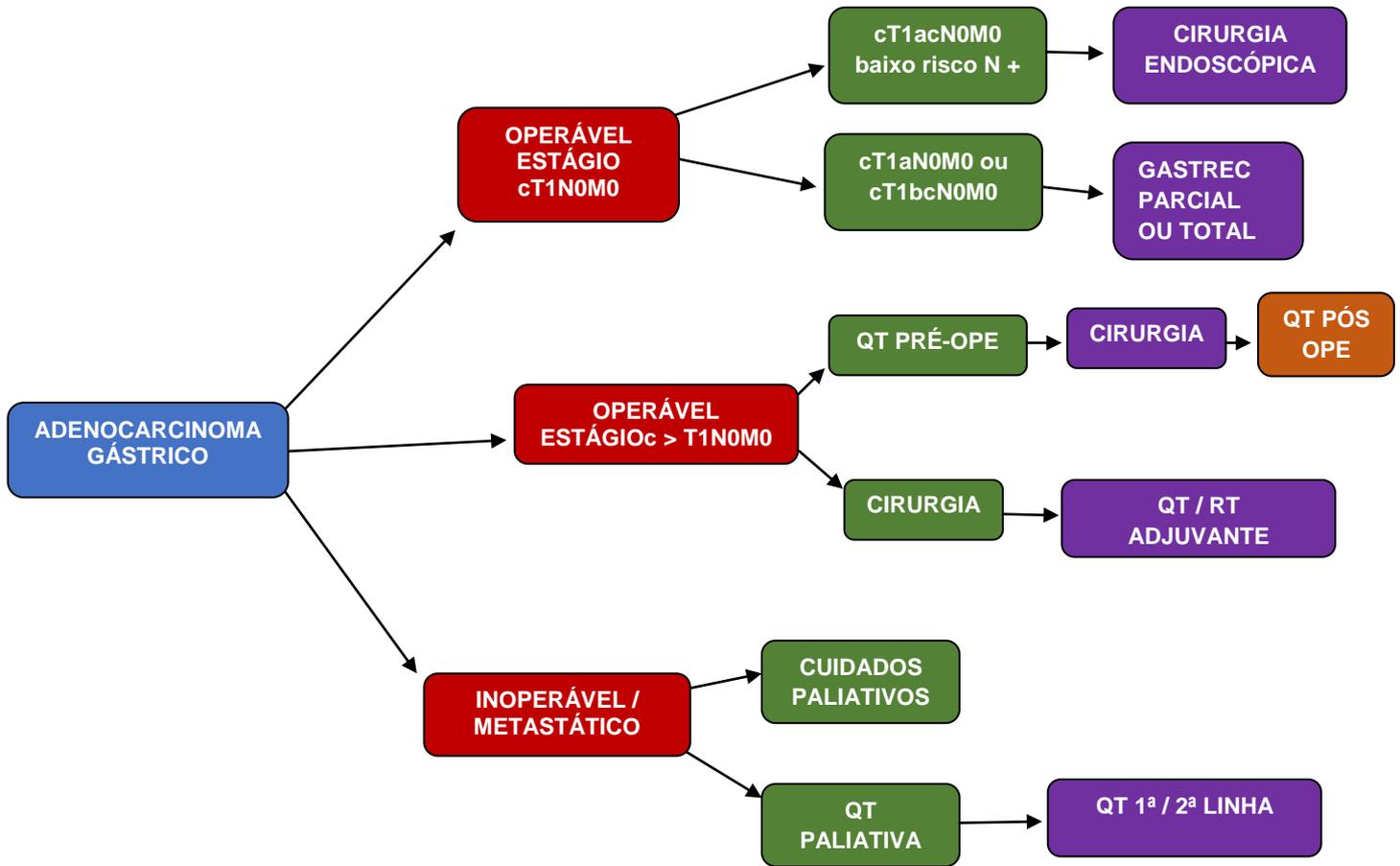
1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Diagnósticas E Terapêuticas - Adenocarcinoma De Estômago**. Relatório de Recomendação, Janeiro/2018, Brasília – DF. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_DDT_AdenocarcinomaEstomago.pdf>.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>.
4. CARVALHEIRO, Fábio; *et al.* **Neoplasia gástrica benigna e maligna**. Vol. I – Capítulo 11, págs. 161 – 188. São Paulo, SP, Janeiro/2017.
5. CARBONERA, Sandro Toseto. **Análise De Fatores Relacionados À Sobrevida Em Pacientes Submetidos À Gastrectomia Por Câncer Gástrico No Hospital Governador Celso Ramos E Posterior Acompanhamento No Centro De Pesquisas Oncológicas – CEPON**. Med UFSC, 71 págs. Santa Catarina, SC, 2011. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/121144/301096.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
6. AJCC. **Cancer Staging System**, 8th Edition: UPDATE, 2017. Disponível em <<https://cancerstaging.org/About/news/Documents/NCRA%20AJCC%20Cancer%20Staging%20Manual%208th%20Edition%20Update.pdf>>.

7. ZILBERSTEIN, Bruno; *et al.* **Consenso Brasileiro Sobre Câncer Gástrico: Diretrizes Para O Câncer Gástrico No Brasil.** ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. Artigo Original 2013.
8. MORAES, José Maria A. Jr. **Câncer Gástrico. Protocolo E Tratamento Cirúrgico.** Maranhão, 2011. Disponível em <http://www.drozimogama.com.br/wp-content/uploads/downloads/aulas_palestras/estomago_duodeno/Protocolo_de_Tratamento_Cirurgico_do_CA_Gastrico_2011.pdf>.
9. SMITH DD, Schwarz RR, Schwarz RE. **Impact of total lymph node count on staging and survival after gastrectomy for gastric cancer: data from a large US-population database.** J Clin Oncol. 2005 Oct 1;23(28):7114-24.
10. LIU C, Lu P, Lu Y, Xu H, Wang S, Chen J. **Clinical implications of metastatic lymph node ratio in gastric cancer.** BMC Cancer. 2007;7:200. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/5886678_Liu_C_Lu_P_Lu_Y_Xu_H_Wang_S_Chen_JClinical_implications_of_metastatic_lymph_node_ratio_in_gastric_cancer_BMC_Cancer_7_200>.
11. NCCN, National Cancer Institute at the National Institute of Health. **Gastric Cancer Treatment (PDQ®).** [atualizado em 02 fev. 2017] Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/gastric/HealthProfessional>>.
12. MANSFIELD PF. **Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer.** [atualizado em 10 mar. 2017; acessado em 14/05/2017] Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-ofgastric-cancer>>.
13. LUSTOSA SA, Saconato H, Atallah AN, Lopes Filho Gde J, Matos D. I. **Impact of extended lymphadenectomy on morbidity, mortality, recurrence and 5-year survival after gastrectomy for cancer.** Meta-analysis of randomized clinical trials. Acta Cir Bras. 2008 Nov-Dec;23(6):520-30.

14. ZHAO SL, Fang JY. **The role of postoperative adjuvant chemotherapy following curative resection for gastric cancer: a meta-analysis.** Cancer Invest. 2008 Apr/May; 26 (3): 317-25.
15. COIMBRA FJ, Costa WL, Jr., Montagnini AL, Diniz AL, Ribeiro HS, Silva MJ, et al. **The interaction between N-category and N-ratio as a new tool to improve lymph node metastasis staging in gastric cancer: results of a single cancer center in Brazil.** Eur J Surg Oncol. 2011 Jan;37(1):47-54.
16. CREW KD, Neugut AI. **Epidemiology of gastric cancer.** World J Gastroenterol 2006 Jan 21;12(3):354-62.
17. KOEA JB, Karpeh MS, Brennan MF. **Gastric cancer in young patients: demographic, clinicopathological, and prognostic factors in 92 patients.** Ann Surg Oncol 2000 Jun;7(5):346-51.
18. BURLA, C. **Cuidados ao fim da vida: uma preocupação da prática da Medicina Geriátrica.** Textos Envelhecimento. Rio de Janeiro. v.4; n.8, 2002. Disponível em:
<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200003&lng=pt&nrm=iso>.
19. LADEIRAS, Lopes R, Pereira A, Nogueira A, Pinheiro-Torres T, Pinto I, Santos-Pereira R, et al. **Smoking and gastric cancer: systematic review and meta-analysis of cohort studies.** Cancer Causes and Control. 2008;19(7):689-701.
20. MANDORWSKI S, Gomes LL, Manoukian FN. **CA72-4 e CEA no soro e no lavado peritoneal de doentes com câncer gástrico.** [cited 2008 Feb 13]; Arq Gastroenterol [serial online] 2002 Mar 39(1):[5 screens]. Available from: URL: <http://www.scielo.br>

ANEXO 1

ALGORITMO DE TRATAMENTO DO CÂNCER GÁSTRICO



ADAPTADO DE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS - ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO, Janeiro/2018 ¹.

ANEXO 3

**CHECK LIST PARA AVALIAÇÃO / ATENDIMENTO DE PACIENTES COM
CÂNCER GÁTRICO:**

NOME: _____ Nº PRONTUÁRIO: _____

SEXO: () M () F IDADE: _____

MUNICÍPIO DE MORADIA: _____ IMC: _____

TABAGISMO: () SIM () NÃO H. PYLORI () + () -

DOR EPIGÁSTRICA: () SIM () NÃO PERDA PONDERAL: _____ Kg

SCORE PRÉ-CIRÚRGICO: () E1c () E1lc () E1llc () E1Vc

SUBLOCALIZAÇÃO ANATÔMICA:
() CÁRDIA () FUNDO () ANTRO () CORPO () PILORO

LOCALIZAÇÃO: () PROXIMAL () DISTAL () TODO O ÓRGÃO

BORRMANN: () I () II () III () IV

TIPO HISTOLÓGICO: _____ CIRURGIA PROPOSTA:
() ADENOCARCINOMA – TIPO INTESTINAL () GASTRECTOMIA PARCIAL
() ADENOCARCINOMA – TIPO DIFUSO () GASTRECTOMIA TOTAL
() GIST () OUTROS / QUAL: _____

NEOADJUVÂNCIA: () SIM () NÃO

CIRURGIA REALIZADA:
() GASTRECTOMIA PARCIAL
() GASTRECTOMIA TOTAL
() RESSECÇÃO DE OUTROS ÓRGÃOS / QUAIS: _____

() RECONSTRUÇÃO COM Y DE ROUX () RECONSTRUÇÃO A BII

LINFADENECTOMIA: () D II () DI

TEMPO DE INTERNAÇÃO: _____

REABORDAGEM: () NÃO () SIM / CAUSA: _____

MORTALIDADE EM 30 DIAS: () NÃO () SIM

QUANTIDADE DE LINFONODOS RESSECADOS: _____

QUANTIDADE DE LINFONODOS POSITIVOS: _____

TNM: _____

ADJUVÂNCIA: () SIM () NÃO MORTALIDADE EM 5 ANOS: () SIM () NÃO.