

Correlação entre estadiamento e ressecabilidade no câncer gástrico¹

Correlation between staging and desiccation in stomach neoplasm

Cirilo Pardo Meo Muraro²
José Luís Braga de Aquino³
Francisco Paulo Tibúrcio de Lucena⁴
José Eduardo Lintz⁵
Priscilla Pedroso Biolcati⁶

RESUMO

De janeiro de 1994 a dezembro de 1996, foram estudados 53 pacientes portadores de neoplasia gástrica. Foram analisados os exames usados para o estadiamento (fosfatase alcalina, gamaglutamil transferase, raios X de tórax e U.S de abdome), seus resultados e os achados intra-operatórios quanto a ressecabilidade e a irresssecabilidade. Observou-se que o estadiamento normal ocorreu em 23 pacientes e o alterado em 30, sendo que dos pacientes com estadiamento normal 35% eram irresssecáveis e dos pacientes com estadiamento alterado apenas 20% eram irresssecáveis. Conclui-se que o índice de falso negativo do serviço é semelhante aos dados da literatura porém o índice de falso positivo é elevado, devendo, para melhora do estadiamento, serem acrescentadas tomografia computadorizada e laparoscopia diagnóstica.

Unitermos: neoplasias gástricas, estadiamento de neoplasias.

ABSTRACT

Since January 1994 until December 1996, 53 patients with stomach neoplasm were studied. The exams used to staging (alkaline phosphatase, gamma glutamyl transferase, thorax X-ray and abdominal US), the results and the surgical findings concerning desiccation and undesiccation were analyzed. It was observed that staging was normal in 23 patients and was altered in 30 patients, but in the patients with normal staging 35% were undesiccated and in the patients with altered staging only 20% were undesiccated. It was concluded that the false negative index of this study is similar to the ones of the literature, but the false positive index is very high. It is necessary to add CT and diagnostic laparoscopy to the exams to improve staging.

Keywords: stomach neoplasms, neoplasm staging.

-
- ⁽¹⁾ Trabalho realizado na Disciplina de moléstias do Aparelho Digestivo I, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.
⁽²⁾ Professor Titular, Responsável pela disciplina, Coordenador do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
⁽³⁾ Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
⁽⁴⁾ Médico Residente do 3º ano de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.
⁽⁵⁾ Médico Residente do 2º ano de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.
⁽⁶⁾ Acadêmica do 6º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Monitora da Disciplina de moléstias do Aparelho Digestivo I.

INTRODUÇÃO

O câncer gástrico é a mais freqüente das neoplasias malignas do aparelho digestivo ocupando o segundo lugar entre os cânceres dos homens e o quinto lugar entre os das mulheres. É freqüente no homem na proporção de 2:1. Sua incidência é maior no Japão, seguida do Chile, Finlândia e Islândia e menor nas Filipinas, Honduras e Estados Unidos. No Japão, corresponde a 40% de todas as neoplasias malignas e, nos Estados Unidos, a 5%^{1,8,9,13}.

Fatores hereditários, raciais e ambientais estão associados com seu aparecimento. Fatores genéticos são reconhecidos como elementos importantes na sua etiopatogenia devido à predisposição, quatro vezes maior, para o aparecimento da doença em famílias com câncer gástrico, que na população geral. Há também grande importância dos fatores dietéticos no seu desenvolvimento. A alimentação pobre em vegetais e frutas frescas, escassa em micronutrientes e proteínas, rica em carboidratos e alimentos defumado, é considerada de risco.

O uso de nitrato como fertilizante ou na água, peixes secos através de processo de salgamento (conservas) e de nitratos nas carnes e nitritos nos peixes favorecem o aparecimento da neoplasia. Essas substâncias nitrogenadas, na presença de hipo ou acloridria que permitem a proliferação bacteriana, são transformadas por estas em nitrosaminas que são mutagênicas, teratogênicas e carcinogênicas e que atuam sobre a síntese de DNA, aumentando a chance de mutação^{14,19,20}.

A localização freqüente da doença é no antro (50%) e na pequena curvatura. Quanto à classificação histológica, os adenocarcinomas representam de 90 a 95% de todos os tumores gástricos.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o valor dos exames usados para o estadiamento do câncer gástrico, como também o número de casos em que houve alteração nos exames e se a laparotomia seria possível. Por outro lado, verificar aqueles pacientes que tinham exames de estadiamento normais e que durante a intervenção cirúrgica, o tumor apresentou como irressecável.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de janeiro de 1994 a dezembro de 1996, na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, foram operados 53 pacientes com câncer gástrico. Destes, 32 eram do sexo masculino (60,4%) e 21 do sexo feminino (39,6%) com idade mínima de 32 anos, idade máxima de 89 anos e idade média de 59,7 anos. Quanto a etnia, 43 eram brancos (81,1%) e 10 eram negros (18,9%).

A localização mais freqüente da lesão foi no antro gástrico em 24 casos (45,3%) seguido pelo corpo em 18 casos (34,5%), coto gástrico em 7 casos (13,2%) e 4 casos em cárdia (7,5%). Quanto ao tipo histológico, 49 (92,0%) doentes eram portadores de adenocarcinoma, 2 deles apresentavam linfoma (4,0%), um apresentou leiomiossarcoma (2,0%) e o último plasmocitoma (2,0%). Quanto à classificação endoscópica de Borrmann, em 2 (4,0%) pacientes era do tipo I, em 12 (22,0%) pacientes era do tipo II, em 17 (32,0%) pacientes era do tipo III e em 13 (25,0%) pacientes eram do tipo IV. Havia ainda 9 (17,0%) pacientes portadores de neoplasia precoce.

Foram utilizados para o estadiamento os seguintes exames: dosagem sérica de fosfatase alcalina e gamaglutamil transferase, radiografia de tórax e ultra-sonografia de abdome, além do exame físico. Nesta casuística, 23 doentes (43,4%) apresentaram alteração da fosfatase alcalina ou gamaglutamil transferase, 19 doentes (35,8%) apresentaram alteração na ultra-sonografia (espessamento de parede gástrica, linfonodo em retroperitônio e em nenhum deles foram visualizadas metástases hepáticas), nenhum dos pacientes apresentou alteração na radiografia de tórax e 23 (43,4%) deles apresentaram estadiamento normal.

RESULTADOS

De todos os pacientes, 14 (26,4%) foram considerados irressecáveis sendo que destes, 8 (57,1%) tinham estadiamento normal. Entre os 30 pacientes (56,6%) que apresentaram algum tipo de alteração no estadiamento, apenas 6 (20,0%) deles mostraram tumores irressecáveis.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma é a mais freqüente neoplasia gástrica, estando presente em 92% dos pacientes, deste estudo coincidindo com os dados da literatura^{2,3,4,5,17}. O estadiamento neste serviço é feito através de exames de imagem e laboratoriais. Realizou-se, assim, ultrassonografia de abdome, radiografia de tórax, fosfatase alcalina e gama glutamil transferase, sendo que em outros serviços é preconizado também a tomografia computadorizada de abdome. Recentemente foi introduzido a ultra-sonografia endoscópica de fibra óptica que determina com maior exatidão metástases para gânglios e estruturas vizinhas que a tomografia computadorizada, porém não a substitue por não conseguir detectar metástases a distância^{6,7,10,11,12,15,16,18,21}. No Serviço da FCM-PUC-Campinas ainda não temos disponibilidade para realizá-la. O estadiamento neste Serviço teve um índice de falso negativo de 34% sendo que este índice em outros serviços que usam tomografia computadorizada, ultrassonografia endoscópica e laparoscopia é menor que 10%. Quanto ao índice de falso

positivo, o do estadiamento foi de 80% enquanto que nos dados da literatura este é em torno de 26%.

Durante a realização deste trabalho, notou-se que no intra-operatório, em alguns casos houve dificuldade de se diferenciar invasão de aderência da neoplasia ao pâncreas, o que dificultou a intervenção cirúrgica.

Sob o ponto de vista sintomatológico, caracteriza-se por ser um tumor traiçoeiro, disfarçado em quadro atípico, freqüentemente evoluindo sob o manto das dispepsias benignas. Os pacientes estudados apresentavam em sua maioria, dor epigástrica seguida de perda de peso, pirose, vômitos, sensação de peso epigástrico e astenia.

CONCLUSÃO

O estadiamento no Serviço da Faculdade de Ciências Médicas teve índice de falso negativo semelhante aos dados da literatura. Baseado nestes números devemos acrescentar tomografia computadorizada e nos casos onde há dúvida deve-se realizar laparoscopia que é um procedimento que faz parte do estadiamento de alguns serviços, exceto nos casos com obstrução e hemorragias que tem indicação de laparotomia. Procurando com isso melhorar o planejamento terapêutico e mesmo evitar operações desnecessárias, com seus riscos, desconfortos e custos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, Y.G., EFRO, G. Trends and controversies in the management of carcinoma of the stomach. *Surg Gynecol Obstet*, Chicago, v.69, n.7, p.371-385, 1989.
- BELLUCO, C.H. et al. The epidemiology of gastric cancer. *World J Surg*, New York, v.15, n.5, p.228-234, 1991.
- CADY, B., RAMSDEN, D.A., STEIN, A. et al. Gastric cancer, contemporary aspects. *Am J Surg*, Newton, v.133, p.423-429, 1977.
- CASSEL, P., Robinson, J.D. Cancer of the stomach: a review of 854 patients. *Br J Surg*, London, v.63, n.1, p.603-607, 1976.
- GEBOES, K., BOGOMELETZ, W.V., STEEN, K.V.D. Gastric cancer. *Hepatogastroenterology*, Stuttgart, v.36, n.2, p.387-382, 1989.
- HERRERA, J.L., BREWER, T.G., PEURA, D.A. Diagnostic laparoscopy: a prospective review of 100 cases. *Am J Gastroenterol*, New York, v.84, n.9, p.1051-1054, 1989.
- KALK, H., BRUHL, W. *Leitfaden der laparoskopie und gastroscopie*. Stuttgart : Thieme, 1951. p.14-16.
- KANAZAWA, H. et al. Laparoscopy in GI malignancies. In: WORLD CONGRESS OF GASTROENTEROLOGY, Sweden, 1982. p.53-56 (Abstract).
- KOMATSU, K. et al. Laparoscopy in malignancies. In: WORLD CONGRESS OF GASTROENTEROLOGY, Sweden, 1982. p.35-38 (Abstract).
- KRIPLANI, A.K., KAPUR, B.M.L. Laparoscopy for pre-operative staging and assessment of operability in gastric carcinoma. *Gastrointest Endosc*, Baltimore, v.37, n.4, p.441-443, 1991.
- LIGHTDALE, C.J. Clinical applications of laparoscopy in patients with malignant neoplasms. *Gastrointest Endosc*, Baltimore, v.6, n.28, p.99-101, 1982.
- LINDNER, H. Laparoscopy in europe: results of a questionnaire. *Endoscopy*, Stuttgart, v.7, n.3, p.53-58, 1975.
- MURAKAMI, T. et al. Gastric cancer. *The Saishin Igaku*, v.27, n.1, p.115, 1972.
- MURARO, C.P.M., CAMARGO, J.G.T. Temas de gastrocirurgia, 1991. p. 36-78 (Apostila).
- NAGY, A.G., JAMES, D. Diagnostic laparoscopy. *Am J Surg*, Newton, v.157, n.8, p.490-493, 1989.
- POSSIK, R.A. et al. Sensitivity, specificity and predictive value of laparoscopy for the staging of gastric cancer and for the detection of liver metastases. *Cancer*, Philadelphia, v.58, n.5, p.1-6, 1986.
- ROHDE, H. Erros of surgical staging in patients with cancer of stomach. *Scand J Gastroenterol*, Oslo, v.22, p.27-30, 1987.
- SACKIER, J.M., BERCI, G., PAZ-PARTLOW, M. Elective diagnostic laparoscopy. *Am J Surg*, Newton, v.161, n.4, p.326-328, 1991.
- SCOTT, P.J. et al. Benefits and hazards of laparotomy for medical patients. *Lancet*, London, v.2, n.4, p.941-946, 1970.
- SILVA, A.O. et al. A laparoscopia no estadiamento do câncer gástrico. *GED Gastroenterol Endosc Dig*, São Paulo, v.2, n.7, p.79-84, 1983.
- SUGARBAKER, P.H. Technique of laparoscopy with biopsy. *N Engl J Med*, Boston, v.292, n.3, p.812-813, 1975.

Recebido para publicação em 20 de junho e aceito em 22 de agosto de 1997.