

REVIEW ARTICLE

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Alexa Moara Pereira Matos¹, Pedro Felipe Matias Carrijo¹, João Henrique Cerqueira Silva Braudes¹, Virgílio Ribeiro Guedes²

RESUMO

O câncer gástrico é uma neoplasia de grande importância para a saúde pública, estando entre as principais causas de morte e configurando-se em algumas regiões como o terceiro câncer mais incidente. O adenocarcinoma gástrico corresponde a cerca de 95% dos casos de câncer gástrico e pode ser diferenciado em intestinal (mais comum), e difuso (pior prognóstico). Dentre os fatores de risco, destaca-se a infecção pelo *Helicobacter pylori*, cuja prevalência guarda estreita relação com o desenvolvimento desta neoplasia. Quanto à sintomatologia, dor abdominal e perda de peso são os mais encontrados. No entanto, na maioria dos casos, os sintomas se manifestam em estágio avançado da doença, dificultando abordagem curativa. O diagnóstico baseia-se no conjunto de dados clínicos, exames laboratoriais e exames de imagem, sendo confirmado apenas pela biópsia endoscópica. O tratamento varia conforme o estágio em que a doença se encontra, sendo que a técnica mais empregada no Brasil é a gastrectomia com linfadenectomia a D2.

Palavras-chave: Câncer gástrico; Adenocarcinoma; *Helicobacter pylori*; Gastrectomia com linfadenectomia a D2.

¹ Graduando do Curso de Medicina pela Fundação Universidade Federal do Tocantins;

² Professor orientador: Mestrando em ciências da Saúde e Professor da Fundação Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Alexa Moara Pereira Matos. Endereço para correspondência: Quadra 504 sul, AL 14, lote 10, apto 05; email: alexa_moara@uft.edu.br

GASTRIC ADENOCARCINOMA

ABSTRACT

Gastric cancer is a malignancy of great importance to public health , being among the leading causes of death and setting in some regions as the third most frequent cancer. The gastric adenocarcinoma corresponds to about 95 % of cases of stomach cancer and can be differentiated intestinal the most common ; and Diffuse , the worse prognosis. Among the risk factors , there is the Helicobacter pylori infection and its prevalence is closely related to the development of this neoplasm. Regarding symptoms , abdominal pain and weight loss are the most frequent ; but in most cases already appear at an advanced stage of disease , complicating a curative approach. The diagnosis of this disease is based on the set of clinical data , laboratory tests and imaging tests , and only confirmed by endoscopic biopsy. The Treatment varies according to the stage where the disease is , the most used technique in Brazil is the gastrectomy with D2 lymphadenectomy.

Key words: gastric cancer; adenocarcinoma; Helicobacter pylori; gastrectomy with D2 lymphadenectomy

INTRODUÇÃO

A estimativa brasileira para 2016 é de cerca de 20.520 novos casos de câncer gástrico(CG), configurando-se, em algumas regiões, como o segundo câncer mais frequente, atrás dos tumores de pele não melanoma¹. A incidência do CG provavelmente sofre grande influência ambiental, o que pode ser presumido devido à grande variação de incidência em diferentes regiões². É observada uma maior frequência na sexta década de vida e em moradores de área urbana³. O CG corresponde à maior parte das neoplasias do estômago, e cerca de 95% deles são do tipo adenocarcinoma².

Os principais sintomas relatados são dor abdominal, perda de peso, náuseas e vômitos, saciedade precoce e melena, sendo os dois primeiros os mais comuns³. No diagnóstico, são de grande valia, a história clínica e exame físico, mas a confirmação se dá pela biópsia endoscópica. Além desses, são necessários exames adicionais para o estadiamento da doença e o planejamento do tratamento⁴.

DESENVOLVIMENTO

Epidemiologia

O adenocarcinoma gástrico encontra-se em declínio na maioria dos países desenvolvidos e isso se deve a alguns fatores como a melhor conservação dos alimentos, o consumo de alimentos frescos, a redução do hábito de conservar alimentos no sal, o combate à infecção pelo *Helicobacter pylori* e, provavelmente, a diminuição do tabagismo⁵.

Estimativas mostravam, para 2012, cerca de 1 milhão de novos casos de CG, sendo os homens mais acometidos do que as mulheres, e o apontavam como a segunda causa de morte entre os cânceres. Para o ano de 2016, são previstos 20520 novos casos no Brasil, configurando um risco de 13,04 casos para cada 100 mil homens e 7,37 para cada 100 mil mulheres¹.

A infecção pelo *H. pylori* é considerada o maior fator de risco para o CG e cerca de 80% da população dos países em desenvolvimento são colonizados, enquanto nos países desenvolvidos esse número não ultrapassa 50%, valores que podem estar relacionados à própria incidência do câncer⁶. Outros fatores de risco relatados são história familiar de câncer gástrico e

polipose adenomatosa familiar, tabagismo, consumo de álcool em grande quantidade, obesidade, tipo sanguíneo A, idade avançada, gênero masculino e dieta pobre em vegetal e rica em sal e produtos defumados. Também associam algumas desordens gástricas como gastrite atrófica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa e pólipos adenomatosos do estômago^{1,7}.

Patologia

O CG é do tipo adenocarcinoma em aproximadamente 90 a 95% dos casos. A classificação de Lauren é a mais utilizada mundialmente e histologicamente diferencia o adenocarcinoma em subtipos Intestinal e Difuso. O último é formado por células que, de forma desorganizada, infiltram no estroma gástrico levando a um espessamento disseminado da parede do estômago, com formação glandular escassa. Pode ser composto majoritariamente por células em anel de sinete, que se caracterizam pela presença de citoplasma abundante, o qual desloca o núcleo para a periferia e produz grande quantidade de mucina. O prognóstico dessa forma é pior, comparado ao tipo intestinal, e pode afetar indivíduos mais jovens e sem fatores de risco associados^{2,8}.

O Intestinal se caracteriza por células glandulares diferenciadas que infiltram no estroma gástrico. Elas podem apresentar diferentes graus de atipia celular, que é precedida por outras alterações celulares. Provavelmente a partir de uma gastrite atrófica, surge uma metaplasia e em seguida uma displasia, que configura a lesão pré-neoplásica. O tipo intestinal, por ser desencadeado a partir de um quadro de atrofia, está intimamente associado a fatores de risco como a própria gastrite, infecção por *H. pylori* e fatores dietéticos^{2,8,9}.

Macroscopicamente, através da Endoscopia digestiva alta (EDA), o CG pode ser diferenciado em 4 tipos segundo a classificação de Bormann: Polipóide ou exofítico, ulcerado com bordas regulares, ulcero-infiltrativo, e infiltrativo difuso¹⁰.

Manifestações Clínicas e Exame Físico

Geralmente, o CG não se apresenta de uma forma clássica, com sintomas específicos e, portanto seu diagnóstico muitas vezes é feito tardiamente, quando a doença já se encontra em estágio avançado e com poucas chances de cura. Quando presentes, as manifestações que surgem com maior frequência são os sintomas dispépticos, anorexia, perda de peso,

saciedade precoce, náuseas, vômitos e sangramentos gastrointestinais. O exame físico pode revelar alguns sinais de doença avançada como caquexia, massa abdominal palpável, ascite, hepatomegalia, linfonodo de Virchow (linfonodo supraclavicular esquerdo), linfonodo de Irish (linfonodo axilar esquerdo) e linfonodo periumbilical (linfonodo de Sister Mary Joseph)⁹. O CG pode originar metástases hepáticas com hepatomegalia, icterícia e ascite; metástase ovariana (tumor de Krukenberg). Síndromes neoplásicas também podem ocorrer, como a síndrome de Trousseau (tromboflebite migratória em estado de hipercoagulabilidade), Acantose nigricans e neuromiopia, entre outras².

Diagnóstico

O diagnóstico do CG é baseado na história clínica, exame físico, exames complementares laboratoriais e de imagem, mas só é confirmado pela biópsia histopatológica. A EDA associada à biópsia da lesão suspeita tem acurácia satisfatória para o diagnóstico de CG. Em algumas situações, ulcerações gástricas com características nitidamente malignas são facilmente diferenciadas pelo endoscopista, mas isso não exclui a necessidade do exame histopatológico, que confirma a hipótese. Pela EDA é possível

localizar a lesão, classificar macroscopicamente, avaliar a mucosa gástrica adjacente e delimitar a localização específica da lesão para posterior planejamento cirúrgico. O exame de ultrassonografia (US) endoscópica é uma ferramenta também útil no manejo do CG, porque auxilia tanto no diagnóstico, como no estadiamento da doença^{4,2}.

Estadiamento

O sistema de estadiamento mais utilizado é o TNM (Tumor, Linfonodos e Metástases) e para seu estabelecimento são necessários exames adicionais. A US endoscópica é utilizada para avaliar a profundidade do tumor e sua relação com estruturas adjacentes e linfonodos peritumorais. A Tomografia computadorizada (TC) de abdome, tórax e pelve possibilitam a visualização de metástases. Além desses, em casos muito avançados, podem ser realizados laparoscopia, citologia do lavado peritoneal e PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons)⁴.

Tratamento

O tratamento do CG varia conforme o estágio da doença e pode

envolver ressecção endoscópica, cirurgia laparoscópica, cirurgia aberta e até cuidados paliativos⁴.

O CG precoce, definido como aquele que se limita à mucosa e submucosa, independente do envolvimento linfonodal, conta com duas possibilidades terapêuticas. A endogastrocirurgia ou a ressecção endoscópica curativa, também chamada de mucosectomia, são indicadas para aqueles bem diferenciados (tipo intestinal), limitados à mucosa e menores que 3 cm de diâmetro. O CG precoce que não se enquadra nessa descrição deve ser submetido a tratamento cirúrgico radical, isto é, agastrectomia com linfadenectomia a D1 (linfonodos perigástricos). A gastrectomia pode ser subtotal em caso de câncer distal ou total em caso de câncer proximal.

Os tumores que ultrapassam a submucosa devem ser tratados com gastrectomia e linfadenectomia a D2 (linfonodos extragástricos), que é a mais utilizada no Brasil. Além disso, tumores localmente avançados (com invasão da serosa, invasão de estruturas adjacentes ou metástase ganglionar e sem metástase à distância) podem receber quimioterapia neoadjuvante ou peri-operatória^{7,4}.

A cirurgia radical do CG pode ser realizada tanto por via laparoscópica como

por via aberta. Já foi demonstrado que a primeira opção está menos associada a complicações pós operatórias, dor e perda sanguínea, além de uma mortalidade menos expressiva do que a via aberta em alguns estudos. E a reconstrução do trânsito gastrointestinal é feita pela técnica de Y de Roux, a técnica mais indicada até então^{7,11}.

A doença metastática recebe diferentes abordagens de acordo com o estado do paciente, a expectativa de vida, entre outros. Algumas possibilidades são quimioterapia paliativa, radioterapia, cirurgia paliativa de ressecção ou de derivação digestiva, em caso de obstrução do órgão pelo tumor⁷.

CONCLUSÃO

As neoplasias vêm ganhando cada vez mais visibilidade entre as causas de morte, tornando-se, no Brasil, a segunda causa de mortalidade geral. Sendo um dos mais incidentes, o CG também evidencia uma alta taxa de mortalidade, sendo portanto um importante agravo de saúde pública. Devido a sua relação com fatores ambientais e dietéticos, o CG apresenta grandes variações de incidência com as diferentes regiões do nosso país, demonstrando a necessidade do estudo das

variações geográficas nos padrões desta doença. Como se trata de uma doença silenciosa em sua fase inicial, o diagnóstico precoce dificilmente é realizado. Dessa maneira, programas de rastreamento para esse câncer poderiam ser implementados em nosso país, seguindo o modelo utilizado no Japão, onde se realiza o raio-x baritado do estômago com duplo contraste a partir dos 40 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
2. GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil: Tratado de Medicina Interna**. Ed. 25, Elsevier: Rio de Janeiro, 2016.
3. SALAZAR ORELLANA, J.L.I.; RIVAS GÁLVEZ, R.E. **Caracterización clínico-epidemiológicas de los pacientes con cáncer gástrico en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social**. Tese de Doutorado. Universidad de El Salvador, 2015.
4. BRITO, D.*et al.* Recomendações para o diagnóstico e tratamento do adenocarcinoma gástrico (Grupo de Investigação de Cancro Digestivo). **Revista Portuguesa de Cirurgia**. 28: 45-56, 2014.
5. AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2016**. Atlanta: American Cancer Society; 2016.
6. PORTAL-CELHAY, C.; PEREZ-PEREZ, G.I. Immune responses to *Helicobacter pylori* colonization: mechanisms and clinical outcomes. **Clinical science**, 110(3): 305-314, 2006.
7. ZILBERSTEIN, B.*et al.* Brazilian consensus in gastric cancer: guidelines for gastric cancer in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, 26(1): 2-6, 2013.
8. PIAZUELO, M.B.; CORREA, P. Gastric cancer: overview. **Colombia Medica**, 44(3): 192-201, 2013.
9. DICKEN, B.J. *et al.* Gastric adenocarcinoma: review and considerations for future directions. **Annals of surgery**, 241(1): 27-39, 2005.
10. ARAÚJO, N.C.; SOUZA, B.B.; YAMANAKA, A. Câncer gástrico avançado: acurácia da biópsia endoscópica. **Revista de Ciências**

Médicas e Biológicas,12(3): 299-305,
2013.

11. BARCHI, L.C. *et al.* CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA NO CÂNCER GÁSTRICO: TEMPO DE MUDAR O PARADIGMA. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, 29(2): 117-120, 2016.