

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Faculdade de Medicina

40 a.c.

ANÁLISE DE 40 CASOS DE TUMORES MALIGNOS DO ESTÔMAGO LEVA  
DOS A CIRURGIA NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA-SC NO PE  
RÍODO COMPREENDIDO ENTRE JANEIRO DE 1977 A ABRIL DE 1980

Supervisão:

Dr. Lúcio Antonio Stopazzolli

Aluno:

José Mauro dos Santos

Criciúma, 04 de Junho de 1980.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Faculdade de Medicina

ANÁLISE DE 40 CASOS DE TUMORES MALIGNOS DO ESTÔMAGO LEVA  
DOS A CIRURGIA NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA-SC NO PE  
RÍODO COMPREENDIDO ENTRE JANEIRO DE 1977 A ABRIL DE 1980

Supervisão:

Dr. Lúcio Antonio Stopazzolli

Aluno:

José Mauro dos Santos

Criciúma, 04 de Junho de 1980.

# Í N D I C E

- I - INTRODUÇÃO
  
- II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
  - 1 - Anatomia Elementar do Estômago
    - 1.1 - Estudo topográfico
    - 1.2 - Irrigação Sanguínea
    - 1.3 - Drenagem linfática
    - 1.4 - Inervação
  - 2 - Noções Elementares de Fisiologia Gástrica
  - 3 - Incidência e Prevalência
  - 4 - Etiologia
  - 5 - Anatomia Patológica
    - 5.1 - Aspectos histopatológicos
    - 5.2 - Disseminação
      - 5.2.1 - Infiltração direta
      - 5.2.2 - Disseminação linfática
      - 5.2.3 - Disseminação hematogênica
      - 5.2.4 - Transplante
  - 6 - Diagnóstico
    - 6.1 - Manifestações clínicas
    - 6.2 - Exame físico
    - 6.3 - Laboratório
    - 6.4 - Radiologia
    - 6.5 - Endoscopia Digestiva alta
  - 7 - Diagnóstico Diferencial
  - 8 - Tratamento
    - 8.1 - Tratamento Cirúrgico
      - 8.1.1 - Tratamento pré-operatório
      - 8.1.2 - Técnica
    - 8.2 - Quimioterapia
  - 9 - Prognóstico
  
- III - MATERIAL E MÉTODOS
  
- IV - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS CASOS
  
- V - CONCLUSÃO
  
- VI - RESUMO
  
- VII - SUMMARY
  
- VIII - BIBLIOGRAFIA

## I - INTRODUÇÃO

Os distúrbios neoplásicos constituem a segunda causa mais comum de morte nos Estados Unidos da América. Sua frequência, a variedade das manifestações clínicas e a gravidade das mesmas, foram e continuam sendo, motivos de estudos por parte de cientistas de todo o mundo. A anatomia patológica dos diversos tipos de cânceres foi minuciosamente descrita, enquanto que por outro lado, a origem de tão grave mal continua obscura e as publicações a respeito não são tão extensas. Muitos são os esforços no sentido de aprimorar os métodos diagnósticos do câncer, já que o tratamento curativo só tem sido satisfatório nos casos diagnosticados precocemente, pois naqueles em que o diagnóstico é tardio, muito pouco se evoluiu em termos de cura.

O câncer gástrico representa cerca de um terço de todos os cânceres nas estatísticas mundiais, daí a grande importância do seu estudo. Inexplicavelmente a sua incidência tem sofrido uma redução de cerca de 30% em alguns países, como EUA, Canadá, Suécia e Noruega, nas três últimas décadas, enquanto que em outros, como o Japão, isto não tem acontecido. Mas, mesmo nos EUA, morrem anualmente cerca de 30.000 doentes por câncer gástrico.

Dada a importância da neoplasia gástrica também em nosso meio, tanto por sua alta incidência, como pelo elevado índice de mortalidade, motivado em parte pelo atraso no diagnóstico, este trabalho visa estudar estatística e retrospectivamente os casos diagnosticados e levados a cirurgia no Hospital São José de Criciúma, no período entre 01 de janeiro de 1977 a 30 de abril de 1980. Esta pesquisa analisa a incidência da doença de acordo com o sexo, cor e faixa etária, bem como as queixas principais dos pacientes quando da internação e os recursos diagnósticos utilizados. Analisa também o tratamento cirúrgico efetuado e a sobrevivência dos pacientes acompanhados. Relaciona ainda histológico do tumor, a sua localização na anatomia gástrica e as lesões concomitantes encontradas ao exame anátomo-patológico.

## II - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1 - Anatomia Elementar do Estômago

#### 1.1 - Estudo topográfico

O estômago é uma bolsa músculo-membranosa, única, ocupando o epigástrico e o hipocôndrio esquerdo, logo abaixo do diafragma, sendo recoberto de maneira parcial pelo fígado e apoiado sobre o mesocolo transversos.

No indivíduo vivo, em posição anatômica, tem a forma clássica de J, e o ponto de união entre os segmentos vertical e horizontal recebe o nome de ângulo, importante ponto de referência nos exames endoscópicos.

As dimensões do estômago são muito variáveis nas diversas espécies animais, sendo grandes nos herbívoros e pequenas nos carnívoros. O homem que tem uma alimentação mista, apresenta um estômago intermediário, com cerca de 25 cm de comprimento, 2 cm de largura e 8 cm no sentido antero-posterior.

Comunica-se superiormente com o esôfago, através da cárdia e inferiormente com o duodeno, através do piloro. É dividido em fundo ou fórnix que é a porção mais alta e dilatada, situada acima da junção do órgão com o esôfago, corpo gástrico que é a maior porção e está localizada entre o fundo e a porção pilórica sendo limitada dessa pela incisura angular e finalmente a região pilórica que comporta o outro pilórico e a porção mais estreitada chamada canal pilórico com cerca de 2 cm de comprimento. Possui também duas faces, anterior e posterior que secontinuam através de duas curvaturas, a menor ou direita, que é côncava e a maior ou esquerda, que é convexa.

A visão interna do estômago mostra a mesma

conformação externa, mas a parede, ao invés de lisa, apresenta pregas irregulares que delimitam sulcos.

O estômago é um órgão móvel e é mantido em posição graças a vários fatores. A continuidade com o esôfago que o fixa ao diafragma e com o duodeno que o fixa à coluna. Possui dois mesos que se inserem cada um em uma das curvaturas e transportam os vasos mergulhados em sua camada de tecido conectivo.

O estômago têm apoiado sobre ele, na sua frente e a direita, o lobo hepático esquerdo. O baço, situado atrás e à esquerda, via de regra está recoberto pela curvatura maior. O limite inferior do estômago é constituído pelo colon e mesocolon transversos, que separam os órgãos situados acima, das aíças intestinais abaixo, impedindo que processos inflamatórios abdominais atinjam o andar superior do abdome. Finalmente, no plano pré-vertebral e à esquerda, encontram-se o corpo e a cauda do pâncreas.

O estômago é quase totalmente recoberto por peritônio, exceto uma pequena parte posterior do fundo gástrico, a qual se adere ao diafragma constituindo-se num dos meios de fixação gástrica.

## 1.2 - Irrigação sanguínea

### Artérias

A irrigação sanguínea do estômago é feita através de um círculo arterial contínuo, constituído pelas anastomoses de vários ramos, sendo todos eles provenientes do tronco celíaco.

De uma maneira geral, pode-se dizer que cada curvatura do estômago é percorrida por dois ramos arteriais que chegam por cada um dos seus extremos e caminham em sentido contrário. Assim, na curvatura maior encontram-se gastroepiplóica direita, ramo da gastro-duodenal, que por sua vez é o primeiro ramo da artéria hepática, e gastroepiplóica esquerda que é o último ramo da artéria es-

plênica. Na curvatura menor encontram-se a artéria gástrica direita, ramo da hepática, e a gástrica esquerda ou coronária estomáquica, que em 90% dos casos é um dos três ramos componentes do tronco celíaco embora possa também se originar diretamente da aorta ou da artéria hepática ou da esplênica. Existem amplas anastomoses entre os diversos ramos, e a repleção da gástrica esquerda com contraste mostra que ela é responsável pelo maior território irrigado. Contraste injetado por qualquer um dos troncos arteriais principais acaba por encher todos os outros ramos. Ao lado desses troncos principais, encontra-se o sistema de vasos curtos, os quais são provenientes da artéria esplênica, destinados à irrigação da porção mais alta do fundo, sendo que esta porção pode ser irrigada em alguns casos pelas artérias diafragmáticas.

### Veias

Têm distribuição semelhante à rede arterial, as veias gástricas esquerda e direita se anastomosam formando a arcada da pequena curvatura e vão ter à veia porta; a veia gastroepiplóica direita vai ter à mesentérica superior; a gastroepiplóica esquerda que se anastomosa com a homônima direita para formar a arcada da grande curvatura, é tributária da veia esplênica.

### 1.3 - Drenagem linfática

A rede linfática do estômago se inicia na mucosa, submucosa, muscular e na própria serosa das duas faces do estômago e se dirige para a cadeia dos gânglios situados na grande e pequena curvaturas e na região da cárdia e piloro. Esses gânglios correspondem a três territórios de drenagem e que mantêm anastomose entre si. A cadeia ganglionar da pequena curvatura drena o território das duas faces do estômago próximo à pequena curvatura e engloba toda a região da cárdia onde estão os gânglios justacárdicos; daí a linfa é encaminhada aos gânglios celíacos.

cos. A cadeia ganglionar da grande curvatura drena as duas faces do estômago próximo à grande curvatura e engloba a região pilórica com os gânglios subpilóricos que drenam para os gânglios pancreáticos da região da cabeça do pâncreas e daí aos gânglios do tronco celíaco. Os gânglios da região pilórica mantêm anastomose com os gânglios do pedículo hepático. Há outro território de drenagem linfática que corresponde à região do fundo gástrico que encaminha a linfa para os gânglios do pedículo lienal e da borda superior do pâncreas e desses a linfa encaminha-se para os gânglios mesentéricos fazendo anastomose com os gânglios celíacos e daí é lançada no ducto torácico e cisterna magna.

#### 1.4 - Inervação

A inervação do estômago é feita pelo sistema nervoso autônomo, através dos vagos e do simpático. Os vagos anterior ou esquerdo e posterior ou direito descem acompanhando a pequena curvatura anterior e posteriormente. O vago esquerdo ramifica-se, emitindo ramos para o fígado e para toda a parede gástrica anterior. O vago direito, situado posteriormente à cárdia, continua seu trajeto descendente e não se ramifica. Ao chegar ao plexo solar, emite ramos gástricos, homólogos àqueles do vago anterior, para a parede posterior do estômago.

A parede gástrica é inervada através de cinco plexos nervosos sendo dois os principais: o plexo mioentérico de Auerbach e o submucoso de Meissner, que se comunicam entre si e constituem a chamada inervação intrínseca.

Os nervos do simpático saem da raiz anterior da medula espinhal (T5 a T10). As fibras pós-ganglionares para o estômago atingem esse órgão após emergirem dos gânglios torácicos e seguirem o curso das artérias do tronco celíaco. As fibras viscerais aferentes oriundas do estômago fazem o trajeto inverso.



## 2. - Noções Elementares de Fisiologia Gástrica

O estômago tem por função básica receber os alimentos ingeridos e prepará-los para que ao enviá-los ao intestino, esses se encontram em condições de sofrer a digestão intestinal. Para isso o estômago exerce quatro funções principais: função motora, função secretora, função digestiva e função hormonal. O estômago funciona como um receptáculo ao qual chegam os alimentos apenas parcialmente fracionados pela mastigação e dissolvidos pela saliva e exercendo sua capacidade motora leva-os para consistência semilíquida. Além disso, por meio de sua atividade secretora, exerce sobre o seu conteúdo, tratamento enzimático e químico digerindo parcialmente certos componentes alimentares, principalmente as proteínas, emulsificando as gorduras, assim como estabelecendo pH e temperatura adequadas para que o quimo passe ao intestino.

Além dessas funções, o estômago apresenta também uma função hormonal. Sabe-se que as células G do antro secretam gastrina, hormônio estimulante da secreção gástrica, e que, na região fúndica, células semelhantes às células A do pâncreas secretam glucagon ou um polipetídeo conhecido por GLI, iniciais da denominação em inglês Glucagon-Like Immunoreactivity, nome mais prudente para o caso de não se tratar exatamente do mesmo polipetídeo, o que está ainda determinado.

## 3 - Incidência e Prevalência

O câncer gástrico é uma doença de distribuição mundial, variando amplamente, não obstante a sua frequência regional. Em alguns países como Japão e Chile, os altos índices de prevalência associados ao mau prognóstico fazem do câncer gástrico um sério problema de saúde pública.

No Chile, segundo Medina, o câncer gástrico é responsável por 3,5% de todos os óbitos, teve sua incidência em 1970, calculada em 31,3 por 100.000 habitantes e foi classificado como a quarta causa de morte no adulto.

No Japão, também em 1970, incidiu em 58,4 e 36,5 por 100.000 homens e mulheres examinados, respectivamente, contribuindo, em relação ao total de cânceres do organismo, com 44,2% nos homens e 36,3 nas mulheres.

A incidência do câncer gástrico também é alta na Islândia, Finlândia e alguns países da Europa Central, entre os quais Áustria e Hungria.

Tem havido um declínio marcante, contínuo, mas inexplicado, na taxa de mortes por carcinoma gástrico nos Estados Unidos: de 34 por 100.000 pessoas em 1930 para 8 por 100.000 habitantes no início da década de 70.

A Tailândia, as Filipinas, o Egito, a República Dominicana e a Nicarágua, apresentam as mais baixas taxas de mortalidade atribuídas ao câncer gástrico.

O carcinoma de estômago é duas vezes mais comum no homem do que na mulher. Essa proposição tende a manter-se em todas as regiões nas quais existe estatística para o câncer. Nos EUA, a incidência tanto em homens quanto em mulheres é de aproximadamente duas vezes maior nos pretos e orientais do que nos brancos. O carcinoma do estômago foi observado em todos os grupos etários, mas é mais comum entre os 50 e 69 anos de idade, sendo raro antes da terceira década.

Segundo Stewart e Poschawsky's e Willis, a distribuição dos carcinomas nas várias porções do estômago de acordo com a frequência, é a seguinte: piloro e antro 47%; pequena curvatura 26%; cárdia 10%; outras porções do estômago 9%; todo o estômago 8%.

#### 4 - Etiologia

Não se podendo ainda falar em etiologia em matéria de câncer, as observações clínica e experimental apontam alguns fatores exógenos e endógenos, senão como predisponentes, pelo menos como coincidentes em grande número de pacientes com neoplasia de estômago. São eles:

- a) Idade, Sexo - Abaixo dos 40 anos é pequeno o risco de mortalidade por câncer gástrico. Esse risco aumenta progressivamente até os 80 anos, com nítido predomínio no sexo masculino, podendo chegar a 2,3 : 1 após os 40 anos.
- b) Herança - Num estudo de 3.294 famílias de pacientes com câncer gástrico, verificou-se o risco de desenvolver esse tipo de câncer três a quatro vezes maior em familiares de pacientes com neoplasia gástrica do que na população geral. Não obstante a predisposição familiar para o câncer é difícil de ser comprovada.
- c) Grupos Sanguíneos - O risco de adquirir câncer gástrico é 10 a 20% maior para os pacientes do grupo sanguíneo A do que para os do grupo O. Muitos autores, entretanto, não observam diferenças significativas de frequência entre os vários grupos sanguíneos.
- d) Acloridria - Gastrite Atrófica - O estômago hipo ou aclorídrico seria quase três a quatro vezes mais susceptível ao câncer do que o normoclorídrico. Num grupo de 837 pacientes aclorídricos seguidos durante 15 anos, a incidência de câncer gástrico foi seis vezes maior do que na população geral. Todavia, a gastrite atrófica é encontrada em mais de 80% das pessoas com idade superior a 50 anos. Como a gastrite histológica é muito comum em indivíduos que não têm outro mal senão esse, essa coexistência entre a gastrite e o câncer poderia ser mera casualidade, sem nenhuma responsabilidade etiológica.
- e) Anemia Perniciosa - Essa lesão é amplamente reconhecida como predisponente do câncer gástrico, que, nela incide numa frequência 3 a 21,9 vezes maior do que esperada para indivíduos não selecionados. Entretanto, os pacientes com anemia perniciosa são aclorídricos e aquílicos, têm intestinalização da mucosa gástrica e alta incidência de adenomas benignos e no entanto a maioria não desenvolve câncer de estômago.

- f) Úlcera Gástrica - A relação entre úlcera péptica do estômago e câncer é assunto muito controverso. Critérios anátomo patológicos rigorosos e a experiência endoscópica dos japoneses mostram que, em não mais do que 1,5 das úlceras gástricas, pode comprovar-se a presença de sinais de malignidade. A discussão é gerada, entretanto, pelo achado de células neoplásicas nos bordos de úlcera gástrica, o que levaria a pensar que estas seriam precursoras do câncer. O mais provável, entretanto, é que a úlcera, nesse caso, seja resultante da digestão péptica de um carcinoma pequeno. Bockus, por exemplo, acredita que a úlcera péptica e o carcinoma de estômago são duas doenças diferentes e que o encontro das duas patologias no mesmo indivíduo seria mera casualidade.
- g) Pólipos - Os pólipos adenomatosos têm maior tendência a surgir na mucosa atrófica e quando atingem tamanhos superiores a 2 cm estão sujeitos à malignização. Oito a dez por cento dos pacientes com adenocarcinoma do estômago têm um ou mais adenomas benignos. Na polipose adenomatosa difusa, a propensão à malignização é maior do que o pólipo adenomatoso solitário. Entretanto, muitos adenomas gástricos, observados por longos períodos de tempo, não apresentam crescimento, alterações na aparência ou degeneração maligna. Observações endoscópicas feitas em série, mostram que muitos desses adenomas podem até mesmo desaparecer. Além disso, esses adenomas são raros e seriam responsáveis por apenas um pequeno número de câncer de estômago.
- h) Fatores Exógenos - Vários autores sugerem a relação entre o aparecimento de câncer gástrico e o nível de vida ou componentes étnicos, sendo maior o risco, nos grupos sócio-econômicos mais baixos e certos grupos raciais. A esses fatores, entretanto, estão ligados os hábitos sociais e dietéticos, devendo ser analisados como um todo. A concorrência menos frequente de câncer gástrico nos japoneses radicados nos EUA do que nos que nunca saíram do Japão,

indica que mais importante do que os fatores genéticos , são os exógenos. Dentre esses, o mais importante seria a dieta, constando entre os pressupostos predisponentes do câncer gástrico: a soja, pão de centeio, alimentos defumados ou conservados em salmoura, etc..

## 5 - Anatomia Patológica

### 5.1 - Aspectos histopatológicos

Os tumores malignos do estômago são de origem epitelial em 95%, os carcinomas, enquanto que em 5% dos casos originam-se do tecido conjuntivo, sendo linfomas os mais frequentes, seguidos dos liomiossarcomas que são muito raros.

Por se constituírem na maioria absoluta, trataremos apenas dos adenocarcinomas. São tumores que têm origem nas células mucossecretoras do epitélio gástrico e assumem formas, tamanhos e características invasivas muito diversas, não raro de difícil classificação.

Segundo Borrman, morfológicamente os carcinomas gástricos podem ser divididos em quatro tipos:

- Tipo I - Polipóides
- Tipo II - Não infiltrativos ulcerados
- Tipo III - Infiltrativos ulcerados
- Tipo IV - Infiltrativos difusos

A classificação histológica dos carcinomas gástricos é dificultada por basear-se, na maioria dos casos, no exame de tumores avançados. O polimorfismo desses tumores, a diversidade de seus tipos celulares, do seu grau de anaplasia e da sua localização no estômago deram origem a diferentes classificações histopatológicas.

#### Classificação histopatológica de Kaufmann

##### 1 - Carcinoma cilindro celular

- a) Adenocarcinoma: células em formações tubulares que reproduzem as glândulas gástricas.

- b) Carcinoma cilindrocelular simples: células formam cordões sólidos.
- c) Carcinoma viloso: é raro; simula o fibroepitelioma papilar, com invasão das camadas profundas.
- 2 - Carcinoma medular: rico em células tumorais e pobre em tecido conjuntivo.
- 3 - Carcinoma cirroso: típico pela abundância de estroma conjuntivo com células tumorais em seu seio. Pode ser circunscrito ou extenso, podendo mesmo ocupar todo o estômago (Linitis plástica).
- 4 - Carcinoma colóide: têm predomínio de células cujo citoplasma é rico em substância mucóide que rechaça o núcleo para a periferia: células em anel de sinete.
- 5 - Formas raras: carcinoma de célula escamosa e carcinoma sarcomatoide.

Visando avaliar a malignidade, Broders propôs uma classificação baseada no grau de diferenciação das células:

- Grau I - Menos de 25% de células indiferenciadas e 75% ou mais de células diferenciadas.
- Grau II - 50% de células indiferenciadas e 50% de células diferenciadas.
- Grau III - 75% de células indiferenciadas e 25% de células diferenciadas.
- Grau IV - Mais de 75% de células indiferenciadas.

Segundo Pack, os CARCINOMAS IN SITU, apresentam-se como placas de espessamento circunscrito da mucosa, ligeiramente elevadas, que chegam a medir até 5 cm de diâ

metro e podem ter origem multicêntrica.

Segundo Stout, o CARCINOMA GÁSTRICO SUPERFICIAL resultaria da evolução de um carcinoma *in situ*. Apresenta-se macroscopicamente como lesões pouco elevadas ou ulcerações pouco profundas, mas que podem alastrar-se por grandes áreas. Ao contrário do carcinoma *in situ*, o carcinoma superficial pode ultrapassar a camada muscular da mucosa e invadir a submucosa. Raramente daria metástases.

Desenvolvendo métodos diagnósticos mais acurados, a Sociedade Japonesa de Endoscopia Digestiva passou a classificar, a partir de 1962, o "CÂNCER GÁSTRICO INCIPIENTE" (Early Gastric Cancer), que é por definição, aquele que acomete apenas a mucosa e/ou a submucosa, sem atingir a muscular própria, podendo ou não já ter metástases nos gânglios linfáticos regionais.

## 5.2 - Disseminação

### 5.2.1 - Infiltração direta:

O tumor ao crescer, pode atingir por continuidade o esôfago, pois o duodeno raramente é invadido, porque os linfáticos subserosos do piloro e do duodeno não se comunicam, se bem que os ductos da mucosa e submucosa do estômago penetram em curta extensão no duodeno. Por contiguidade o tumor, crescendo progressivamente, pode atingir: fígado, pâncreas e colo.

### 5.2.2 - Disseminação linfática:

Se dá por embolia celular - as células que se desprendem caem na corrente linfática e vão ter a um coletor linfático onde se localizam e se multiplicam, ou pelo crescimento do tumor dentro dos ductos linfáticos. Segundo Sunderland e Cols, de acordo com a localização do tumor, os coletores linfáticos do estômago dividem-se em 6 zonas, a saber (fig. I):

- Zona I - Os paracardiácos direitos (1 a) e esquerdos (1 b).
- Zona II - Gástricos superiores
- Zona III - Subpilóricos
- Zona IV - Gástricos inferiores
- Zona V - Gastrolienais
- Zona VI - Pancreatolienais

Dividindo o estômago em três porções a localização mais frequente das metástases linfáticas, segundo os estudos de Sunderland e Cols. é a seguinte:

- 1) Os cânceres situados no terço inferior dão metástases para os coletores gástricos superiores, subpilóricos e gástricos inferiores (Fig. II).
- 2) Os tumores de terço médio podem dar metástases para os coletores das 6 zonas (Fig. III).
- 3) Os cânceres de terço superior dão metástases de preferência para os paracardiácos, os gástricos inferiores e os gastrolienais. (Fig. VI).

O valor desse esquema é relativo, pois a disseminação dos tumores malignos, sobretudo do câncer gástrico, depende, além da localização, do poder de infiltração na parede e grau de malignidade.

As metástases por crescimento de células tumorais dentro dos ductos linfáticos, podem atingir os gânglios periaórticos, mesentéricos e os gânglios junto à extremidade interna da clavícula esquerda (sinal de Troisier).

### 5.2.3 - Disseminação hematogênica:

Só ocorre tardiamente, atingindo principalmente fígado, pulmões e ossos e, mais raramente, rins, cérebro e pele.



#### 5.2.4 - Transplante:

Podem desprender-se células tumorais e atingindo o peritônio, ocasionar carcinomatose peritoneal generalizada. Nas mulheres os ovários podem ter metástases - os chamados tumores de Krukenberg.

## 6 - Diagnóstico

### 6.1 - Manifestações Clínicas

Os estudos de massas feitos no Japão mostraram claramente que o carcinoma gástrico "inicial", confinado à mucosa não produz sintomas. Entretanto, Kurakawa e Kajitani, num estudo de 270 casos de câncer gástrico incipiente, verificaram que 98% deles já apresentavam sintomas, sendo a dor epigástrica tipo úlcera, em 52%, o sintoma mais frequente, seguida do vômito em 42% e da dor epigástrica vaga em 34% dos pacientes analisados.

A maioria dos carcinomas de estômago encontrados nos Estados Unidos já estão em fase adiantada. Os sintomas são resultado de ulceração, obstrução, necrose e distúrbios da motilidade gástrica causada pela invasão do tumor.

O desconforto epigástrico, inicialmente após grande ingestão de alimentos, aparece frequentemente no início da doença. Com isso o doente restringe a alimentação e obtém melhora. Depois o desconforto persiste apesar da reduzida ingestão de alimentos.

A diminuição do apetite é o primeiro sintoma a aparecer em muitos casos. Podem aparecer também náuseas. Podem aparecer ainda sialorréia, azia e eructações frequentes. O doente perde peso progressivamente, sendo as vezes, esse um dos motivos que o levam a consulta. Em consequência de tudo isso surge também astenia progressiva.

A dor é um sintoma frequente mas não exibe ca

rater bem definido. Por vezes apresenta o ritmo de úlcera gástrica, não dói, come, dói e passa. Ora é esporádica, sem relação com alimentação. Gerlamente é no epigástrico, sendo que nas fases mais adiantadas pode irradiar-se para os hipocôndrios ou região lombar, traduzindo infiltração de vísceras vizinhas. Pode apresentar melhora com antiácidos.

Se a neoplasia estiver próxima ao piloro, com a evolução da doença, vai obstruí-lo e o paciente apresentará dor, plenitude epigástrica, náuseas e vômitos de estase.

Se o tumor estiver na cárdia o paciente apresentará disfagia inicialmente para sólidos e posteriormente, para pastosos e líquidos. Instalar-se-á emagrecimento e desidratação rápidos, devido à dificuldades de ingestão. Se o câncer for de cárdia a disfagia é precoce, enquanto que se for secundário a um tumor de fundo, a disfagia é tardia.

Raramente a massa tumoral no epigástrico é o primeiro sintoma. Também, não frequentemente, a diarreia consequente a anacloridria ou ao esvaziamento rápido do estômago pode ser o primeiro sintoma.

A hemorragia, traduzida por hematêmese ou melena, pode ser o sintoma inicial. Outras vezes, hemorragias pequenas e contínuas, despercebidas ao doente, provocam palidez acentuada que o obrigam a procurar o médico. Nos casos de carcinoma do fundo gástrico esse pode ser o sintoma inicial. Por isso, ao pesquisar a causa de anemia que ocorre acima da quarta década da vida, o médico deve pensar em câncer de fundo gástrico.

Raramente o paciente pode procurar o médico por sinais ou sintomas relacionados com metástases, como ascite, icterícia ou dor lombar.

O carcinoma de estômago pode apresentar complicações, como perfuração, hemorragia, estenose do piloro

e da cárdia.

Os linfomas gástricos apresentam sintomas se melhantes aos carcinomas.

## 6.2 - Exame Físico

Apenas 45 a 50 por cento dos pacientes com carcinoma gástrico adiantado apresentam massa palpável. A hepatomegalia é comum, mas nem sempre indica doença metástática. Vinte por cento dos pacientes mostram-se caquéticos e edemaciados. Observa-se sensibilidade abdominal em apenas 20 por cento dos casos. Cinco por cento dos pacientes apresentam nódulos periféricos palpáveis sendo característico o nódulo de Virchow na fossa supra clavicular esquerda. A doença metastática pode se manifestar também por icterícia ou fígado nodular e duro à palpações. Pode-se ainda palpar nódulos ao toque retal ou aumento de volume ovariano ao toque vaginal, consequentes a metastáses. A ascite está presente em alguns pacientes em virtude de metastáses hepáticas ou peritoniais.

## 6.3 - Laboratório

É frequentemente positiva a determinação de sangue oculto nas fezes nos casos de carcinoma gástrico avançado. A anemia, frequente em grande número desses pacientes é geralmente do tipo hipocrômica e microcítica, podendo ser macrocítica nos casos em que o câncer se desenvolver sobre a atrofia gástrica de uma anemia perniciosa não tratada. São frequentes a hipoalbuminemia e a aceleração da velocidade de eritrossedimentação.

Nos laboratórios que realizam de rotina a citologia esfoliativa gástrica, colhida por métodos avançados, o diagnóstico atinge cerca de 90% dos casos de câncer gástrico avançado.

## 6.4 - Radiologia

Com as técnicas correntes adequadamente aplica

cadav podemos chegar a um rendimento de 95% na detecção radiológica de lesões gástricas através da seriografia esôfago gastro duodenal.

São as seguintes as técnicas mais utilizadas pelos radiologistas para o diagnóstico de lesão gástrica:

- 1 - Enchimento gástrico
- 2 - Compressão dosada
- 3 - Mucosografia
- 4 - Duplo contraste

Dentre os diagnósticos radiológicos mais difíceis destaca-se a distinção, nem sempre possível, entre úlcera péptica e carcinoma ulcerado. As úlceras malignas em geral assestam sobre base elevada e rígida e seu nicho correspondente situa-se para dentro do contorno do estômago, ao contrário das benignas cujo nicho ultrapassa a silhueta gástrica. Úlceras de grandes dimensões são frequentes nos linformas gástricos.

O teste terapêutico, que consiste em comparar imagens radiológicas antes e depois de um período de tratamento clínico e que conclui por úlcera benigna aquela cujo nicho desapareça ou apresente redução de 50% no segundo exame, perdeu muito de seu valor anterior, depois que a endoscopia comprovou inequivocamente que o tipo ulcerado do câncer gástrico superficial pode reduzir seu tamanho e mesmo reepitelizar-se.

No antro gástrico podem ocorrer imagens de lesão, sobretudo do tipo elevado, sem correspondência na endoscopia ou na peça eventualmente ressecada cirurgicamente. Tal fato constitui a chamada "Síndrome do Antro Fantasma", na qual distúrbios funcionais, como espasmo e contração da camada muscular da mucosa, alteram o relevo mucoso antral simulando defeitos orgânicos. Na região da cárdia, as interpretações radiológicas e mesmo endoscópicas por vezes não são fáceis. É no diagnóstico dessas lesões que o emprego combinado da radiologia, endoscopia,

biópsia e citologia pode fornecer ajuda valiosa.

## 6.5 - Endoscopia Digestiva alta

Com a evolução técnica dos aparelhos de endoscopia, este exame tornou-se um excelente método para auxílio no diagnóstico do câncer gástrico.

A endoscopia está formalmente indicada em todo paciente sintomático e radiologicamente normal ou com RX inconclusivo. Além disso, são candidatos obrigatórios ao exame gastroscópico periódicos portadores de pólipos gástricos, de anemia perniciosa e de quaisquer lesões ulceradas do estômago, mormente em indivíduos acima dos 40 anos.

No câncer gástrico incipiente, a certeza diagnóstica da endoscopia associada à biópsia múltipla visualizada eleva-se a mais de 90%, e aproxima-se de 98% quando completada com a citologia esfoliativa com lavado sob visão direta. No câncer avançado, entretanto, a biópsia endoscópica dirigida fornece resultados menos satisfatórios, situando-se sua positividade em torno dos 75% dos casos comprovados.

## 7 - Diagnóstico Diferencial

Várias outras doenças podem produzir sintomas semelhantes ou mesmo iguais ao carcinoma do estômago. A mais importante delas é a úlcera péptica benigna. Convém considerar a colelitíase, pancreatite, neoplasia pancreática, doença coronária e outras neoplasias gástricas. Uma investigação apropriada dará o diagnóstico na maioria dos casos.

## 8 - Tratamento

### 8.1 - Tratamento Cirúrgico

Na atualidade, a cirurgia representa para o câncer gástrico praticamente a única forma de tratamento

com alguma probabilidade de êxito.

### 8.1.1 - Tratamento pré-operatório

O tratamento pré-operatório tem dois objetivos: melhorar as condições gerais do doente e erradicar a flora aeróbica intestinal, pois frequentemente, se tem necessidade, nos doentes de câncer gástrico, de praticar também a ressecção de intestino delgado ou grosso.

Para melhorar o estado geral, devem-se administrar alimentos ricos em proteínas e vitaminas, ácido clorídrico diluído ao terço para suprir a deficiência de suco gástrico, associando-se também transfusões de sangue e soro por via parenteral.

Para erradicar a flora intestinal aeróbica pode se empregar as sulfas inabsorvíveis ou os antibióticos. Dentre as sulfas pode-se empregar o ftalisulfatiazol na dose de 1,0 g cada 6 horas durante os 4 dias que antecedem a operação. Dentre os antibióticos, pode se empregar a neomicina, na dose de 0,5 g cada 6 horas, também nos 4 dias anteriores à operação, associando-se a tetracilina na dose de 250 mg cada 6 horas, nos 2 últimos dias.

### 8.1.2 - Técnica

Quando a lesão atinge apenas a mucosa gástrica, a gastrectomia parcial ou subtotal com eventual exérese dos dois epiploos é suficiente para determinar em muitos casos a cura dos doentes. Todavia, geralmente os casos que chegam ao cirurgião são de patologias avançadas, havendo necessidade de operações mais complexas extirpando não apenas parte ou o estômago inteiro mas igualmente aquelas estruturas adjacentes, onde de ordinário, se encontram disseminações do tumor gástrico.

Do ponto de vista prático essas operações obedecem apenas a dois tipos principais de gastrectomias, com variantes de maior ou menor importância, devidas às peculiaridades de cada caso e também de cada cirurgia: gastrectomia subtotal alargada e gastrectomia total ampliada.

a) Gastrectomia subtotal alargada

Essa cirurgia retira quatro quintos do estômago, inclusive toda pequena curvatura. O coto residual é constituído apenas pela grande tuberosidade e fundo gástrico.

A gastrectomia subtotal ampliada está indicada nos casos de câncer situado no antro e nos dois terços distais do corpo gástrico, invadindo as túnicas mucosa, muscular e serosa do estômago, ou apenas a mucosa e muscular. As lesões limitadas à mucosa serão tratadas com gastrectomias menos extensas, semelhantes às usadas nas úlceras pépticas, acrescentando-se apenas a exérese dos ligamentos gastroepático e gastrocólico.

A técnica da gastrectomia subtotal ampliada é a seguinte:

- 1) Incisão paramediana, pararretal interna, à esquerda da linha mediana, começando ao nível da base do processo xifóide do externo e terminando ao nível da cicatriz umbilical.
- 2) Afastamento do músculo reto anterior esquerdo, lateralmente, exposição e ressecção, se necessário, do processo xifóide do externo.
- 3) Abertura do folheto posterior da bainha do reto e peritônio.
- 4) Exteriorização do estômago e descolamento

colo-epiplóico.

- 5) Secção do ligamento triangular esquerdo do fígado visando a mobilização do seu lobo esquerdo, manobra indispensável para a ressecção de todo o pequeno epiploco e tratamento dos pedículos vasculares principais do estômago.
- 6) Ligadura dos vasos gástricos direitos e esquerdos nas proximidades de suas origens e extirpação de todo o pequeno omento desde o ligamento gastrolíenial até o duodeno.
- 7) Ligadura dos vasos gastroepiplóicos direitos rente a cabeça do pâncreas.
- 8) Dissecção do pedículo hepático e retirada eventual de gânglios linfáticos enfiados ao longo da artéria hepática.
- 9) Secção do duodeno, pelo menos 2 cm caudalmente ao piloro, ligadura e sepultamento do coto duodenal.
- 10) Ressecção de quatro quintos do estômago incluindo toda a pequena curvatura e o grande omento.
- 11) Fechamento parcial da brecha gástrica em sua porção aproveitando-se o segmento junto à grande curvatura para restabelecimento do trânsito alimentar.
- 12) Restabelecimento do trânsito gastrintestinal à maneira de Billroth I ou por uma das variantes de Billroth II. Quando existem metástases nos gânglios subpilóricos ou nos do hilo hepático, que podem ser retirados, não se aconselha res



tabelecer o trânsito por anastomose gastroduodenal, pois o câncer pode recidivar a esse nível, ocasionando, num futuro próximo obstrução. Como são frequentes as metástases ganglionares a esse nível, a melhor técnica para restabelecimento do trânsito é a maneira de Billroth II, por uma de suas variantes.

b) Gastrectomia total

A gastrectomia total, em casos de neoplasias malignas do estômago, somente tem indicação, quando estas se localizem ou invadam a cárdia, o corpo e o fundo gástrico.

A técnica para essa operação, é a seguinte:

- 1) Posição do doente - decúbito dorsal ligeiramente inclinado para a direita por meio de coxins debaixo do ombro esquerdo e da bacia, sendo que o braço esquerdo deve ficar elevado.
- 2) Incisão cutânea abdominal e secção dos planos músculo-aponeuróticos e peritoneal semelhante à usada nas gastrectomias subtotais, podendo ser prolongado para o 8º intercosto quando o tumor invadir o esôfago.
- 3) Inspeção da cavidade abdominal e verificação da lesão.
- 4) Descolamento intercolo-epiplóico.
- 5) Ligadura dos vasos gastroepiplóicos e gástricos direitos.
- 6) Libertação do duodeno, pinçamento e secção com bisturi.

- 7) Incisão cutânea torácica, secção dos músculos intercostais e abertura do tórax.
- 8) Secção da arcada condro costal com bisturi.
- 9) Secção do diafragma com tesoura, no sentido de suas fibras, numa extensão de 10 a 12 cm.
- 10) Sutura das bordas do diafragma às bordas da parede torácica, fechando assim, a cavidade pleural esquerda. Aplicação do afastador de Finochietto.
- 11) Secção do ligamento triangular esquerdo do fígado.
- 12) Secção do ligamento gastroepático, rente à sua inserção no fígado.
- 13) Descolamento colo-epiplóico e ligadura dos vasos gastroepáticos direitos rente à cabeça do pâncreas.
- 14) Ligadura dos vasos gástricos esquerdos, o mais distante possível do estômago ao nível da trifurcação celíaca.
- 15) Luxação do baço e libertação do esôfago abdominal.
- 16) Secção do esôfago abdominal cerca de um centímetro acima da cárdia.
- 17) Descolamento da face posterior do pâncreas pela fáschia de Toldt.
- 18) Ligadura e secção da artéria e veia esplênicas no limite entre a cabeça e o corpo do pâncreas.
- 19) Secção do pâncreas a este mesmo nível e ligadura do ducto pancreático principal.

- 20) Revestimento da superfície cruenta do pâncreas suturando o peritônio da superfície anterior ao conjunto retropancreático.
- 21) Isolamento de alça jejunal junto ao ligamento de Treitz, com cerca de 15 a 20 cm de comprimento, seccionando transversalmente o intestino nos limites escolhidos. A esses dois níveis as arcadas vasculares são ligadas e seccionadas, permanecendo a alça nutrida por seu pedículo. Na reconstituição do trânsito alimentar podem ser usadas também outras técnicas.
- 22) Enteroentero anastomose término-terminal fechada com duas pinças hemostáticas retas de Kelly, e sutura contínua seromuscular com fio de catégute atraumático.
- 23) Secção do meso colo transverso na área avascular, numa extensão de 2 a 3 cm, através da qual a alça jejunal é levada para o andar supra meso cólico.
- 24) Fechamento da borda mesocólica ao redor do pedículo da alça.
- 25) Anastomoses esôfago-jejunal e jejuno duodenal término-terminais em dois planos, com pontos separados de fio de algodão. A extremidade proximal da alça é suturada ao esôfago e a distal ao duodeno.
- 26) Sutura da borda do folheto peritoneal que se reflete do diafragma sobre o esôfago abdominal à alça transplantada, com pontos separados.
- 27) Fechamento do diafragma, após serem cortados os fios que o prendem a parede torácica.

- 28) Fechamento da parede tóraco-abdominal por planos, com drenagem da loja esplênica com Penrose tubular exteriorizado por contra abertura.

Podem ainda, ser realizadas operações paliativas, como gastrostomias, gastrectomias simples, gastroenteroanastomoses, etc...

## 8.2 - Quimioterapia

É utilizada no câncer gástrico apenas como medida paliativa ou complementar do tratamento cirúrgico. Além de ser duvidoso seu efeito quanto ao prolongamento da vida, é baixo seu rendimento no combate aos sintomas e não são desprezíveis seus efeitos tóxicos, daí a sua indicação discutível, ainda não aceita unanimemente.

Constituem indicações para a quimioterapia no câncer gástrico a irressecabilidade do tumor primitivo, a presença de sinais que indiquem metastatização em evolução e como medida coadjuvante da cirurgia, quando permanecerem metástases regionais inextirpáveis. O medicamento mais largamente utilizado nesses casos é o 5 - Fluoracil.

Em razão das ações lesivas principalmente sobre as células da medula óssea e do epitélio intestinal a quimioterapia está contra indicada nos pacientes caquéticos, nos portadores de infecções graves, na vigência de acentuado déficit funcional hepático ou renal, anemia refratária, leucopenia ou plaquetomia.

## 9 - Prognóstico

Na apreciação do prognóstico do câncer gástrico praticamente só tem valor as características morfológicas da lesão primitiva. Dos dados clínicos apenas a duração dos sintomas permitiria, não sem restrições, prever a ressecabilidade da lesão e a sobrevida pós-operatória.

Assim, na experiência de Maruta e Shida, a sobrevivência pós-operatória para os pacientes com carcinomas gástricos correspondentes ao tipo II de Borrmann, foi de 43,2% em 5 anos, enquanto que para os com lesões tipo Borrmann IV, ela foi de 16,7%.

Segundo alguns autores, os tumores localizados no corpo e no antro dão maior sobrevivência que os tumores da cárdia ou do fórnix.

Histologicamente, a relação entre malignidade e grau de anaplasia, classificada esta de I a IV, segundo Broders, é admitida por alguns que referem ser tanto pior o prognóstico quanto mais indiferenciado for o tumor. Parece prevalecer, entretanto, a impressão de que é pouco significativa, ou mesmo inexistente, a correlação entre o prognóstico e o grau de diferenciação histológica do tumor.

No estudo realizado por Marshall, apenas 7,2% dos 327 pacientes tratados cirurgicamente e que apresentaram metástases ganglionares sobreviveram 5 anos. Nos que não apresentaram metástases para linfonodos locais a sobrevivência em 5 anos foi de 34,8%. Maruta e Shida, entretanto, não demonstraram relação entre o comprometimento ganglionar e a sobrevivência pós-operatória, já que os carcinomas incipientes, não obstante o encontro de linfonodos regionais em 15% dos casos, são curados cirurgicamente em mais de 90% deles.

### III - MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente, os casos de tumores malignos do estômago levados a cirurgia, no Hospital São José de Criciúma-SC, no período compreendido entre 01 de janeiro de 1977 a 30 de abril de 1980. Nesse espaço de tempo, analisou-se 40 casos, os quais foram estudados de acordo com a incidência em relação ao sexo, cor e faixa etária, sendo esta dividida em décadas de 0 a 80 anos.

Foram utilizados como recursos diagnósticos: a clínica, da qual foram relacionados os cinco sintomas mais frequentes relatados pelos pacientes; a seriografia esôfago gastro duodenal e a endoscopia digestiva alta, sendo também efetuados exames anátomo patológicos das peças retiradas cirurgicamente. Foi abordado neste trabalho o tratamento cirúrgico usado para os tumores operáveis, os casos em que foram feitas cirurgias paliativas e os pacientes considerados inoperáveis à laparotomia. Estudou-se ainda a localização dos tumores nos diversos segmentos gástricos, as lesões concomitantes encontradas ao exame anátomo-patológico e a sobrevida pós-operatória dos pacientes analisados.

#### IV - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Tabela I - Incidência dos casos analisados de acordo com o sexo

S e x o \ Incidência	Nº de Casos	Percentual
Masculino	27	67,5
Feminino	13	32,5
T O T A L	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Analisando a tabela nº I, verificamos que a neoplasia gástrica incidu em 67,5% dos casos, num total de 27 pacientes, no sexo masculino; e em 32,5%, correspondendo a 13 casos no sexo feminino.

Tabela II - Incidência dos casos analisados de acordo com o grupo etário em anos.

Grupo Etário	Nº de Casos	Percentual
20  — 30 a	1	2,5
30  — 40 a	3	7,5
40  — 50 a	6	15,0
50  — 60 a	13	32,5
60  — 70 a	10	25,0
70  — 80 a	7	17,5
T O T A L	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Observando a tabela II constatamos que a faixa etária mais atingida pela neoplasia gástrica foi de 50-60 anos, onde ocorreram 13 casos num percentual de 32,5% do total. A sétima década foi a segunda em incidência, com 10 casos, totalizando 25%, seguida da oitava década com 7 casos, num percentual de 17,5%. Nas faixas etárias mais jovens a neoplasia gástrica foi menos frequente, sendo que registramos 1 caso na terceira década, correspondendo a um percentual de 2,5% dos casos.



Tabela III - Incidência dos casos analisados de acordo com a cor do paciente

Cor	Nº de Casos	Percentual
Branca	40	100,0
T O T A L	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

A tabela nº III mostra que todos os pacientes analisados eram de cor branca.

Tabela IV - Incidência dos casos analisados de acordo com as quei  
 xas principais relatadas pelos pacientes

Queixas Principais	Nº de Casos	Percentual
Emagrecimento	27	67,5
Anorexia	9	22,5
Dor Abdominal	30	75,0
Náuseas e Vômitos	23	57,5
Astenia	8	20,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Analisando a tabela nº IV verificamos que a queixa mais frequente dos pacientes com neoplasia gástrica foi a dor abdominal, presente em 75% dos casos, num total de 30 pacientes. A segunda queixa em frequência foi o emagrecimento, ocorrido em 27 pacientes, correspondendo a 67,5% do total, em seguida constatamos náuseas e vômitos em 57,5% dos casos, somando 23 pacientes. Anorexia em 9 pacientes e astenia em 8, correspondendo a um percentual de 22,5% e 20%, respectivamente, completam a lista das queixas mais frequentes dos 40 doentes analisados.

Tabela V - Incidência dos casos analisados de acordo com a seriografia esôfagogastroduodenal pré-operatória

Laudo Radiológico	Nº de Casos	Percentual
Neoplasia Gástrica	21	52,5
Úlcera Péptica	1	2,5
Estenose Pilórica	4	10,0
Normal	1	2,5
Não Efetuados	13	32,5
T O T A L	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Ao analisar a tabela nº V observamos que a seriografia esôfagogastroduodenal fez o diagnóstico de neoplasia gástrica em 21 pacientes totalizando 52,5% dos casos. Em 10% dos mesmos, ou seja, 4 pacientes, o laudo foi de estenose pilórica, não sendo sugerida a causa da mesma. Num caso o diagnóstico foi de úlcera péptica e noutro o laudo foi normal perfazendo juntos, 5% dos casos. A radiografia seriada do estômago não foi realizada em 32,5% dos casos, num total de 13 pacientes.

Tabela VI - Incidência dos casos analisados de acordo com o diagnóstico pré-operatório por endoscopia digestiva com biópsia gástrica

Laudo Endoscópico	Nº de Casos	Percentual
Adenocarcinoma	17	42,5
Gastrite Crônica	2	5
Não Estudados	21	52,5
T O T A L	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Analisando a tabela VI, observamos que a endoscopia digestiva alta com biópsia, realizada em 47,5% dos casos, fez o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico em 17 pacientes, ou seja, em 42,5% deles sendo que em 2 casos o anátomo-patológico da biópsia mostrou apenas gastrite crônica.

Tabela VII - Incidência dos casos analisados de acordo com a localização na anatomia gástrica

Localização	C a s o s Nº de Casos	Percentual
Antro e Pequena Curvatura	35	87,5
Corpo	3	7,5
Cárdia	2	5,0
TOTAL	40	100,00

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Ao analisar a tabela nº VII, verificamos que os locais de maior incidência de neoplasia gástrica foram o antro e a pequena curvatura juntos, onde ocorreram 35 tumores, correspondendo a 87,5% dos casos. No corpo gástrico originaram-se 3 tumores, num percentual de 7,5% e, na cárdia encontramos 2 tumores, totalizando 5,0% dos casos.

Tabela VIII - Incidência dos casos analisados de acordo com o laudo anátomo-patológico

Laudo anátomo-patológico	Nº de Casos	Percentual
Adenocarcinoma	39	97,5
Úlcera Péptica	1	2,5
T O T A L	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma.

Analisando a tabela VIII observamos que foram realizados exames anátomo-patológicos de todos os casos analisados, sendo que 39 deles, correspondendo a 97,5% confirmaram o diagnóstico pré-operatório de neoplasia gástrica, todos adenocarcinoma e apenas 1 caso, correspondendo a 2,5% teve laudo de úlcera péptica benigna, não confirmando o diagnóstico endoscópico que foi de adenocarcinoma. O mesmo foi incluído neste trabalho porque acreditamos ter sido um caso de carcinoma gástrico precoce, o qual foi totalmente extirpado ao ser efetuada a biópsia já que a lâmina da mesma não deixa dúvidas quanto a malignidade da lesão. Essa afirmação entretanto não pode ser categórica já que não foram efetuados cortes seriados da peça.

Tabela IX - Incidência das lesões concomitantes encontradas anátomo patologicamente nos casos de neoplasia gástrica analisados

Lesões Concomitantes	Nº de Casos	Percentual
Linite Plástica	2	5,0
Gastrite Crônica	6	15,0
Úlcera Gástrica Benigna	1	2,5
T O T A L	9	22,5

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Analisando a tabela IX observamos que a lesão mais frequentemente encontrada em concomitância com o câncer gástrico, ao exame anátomo-patológico, foi a gastrite crônica em 6 pacientes, num percentual de 15,0%. Também a linite plástica encontrada em 2 pacientes, num percentual de 5,0%. A lesão gástrica ulcerada benigna foi encontrada em apenas 1 paciente, constituindo-se em várias ulcerações.

Tabela X - Incidência dos casos analisados de acordo com o tipo de cirurgia efetuada

C i r u r g i a	Nº de Casos	Percentual
Gastrectomia subtotal a B I	19	47,5
Gastrectomia subtotal a B II	9	22,5
Gastrectomia total	7	17,5
Laparotomia (Ca inoperável)	4	10,0
Gastroenteroanastomose	1	2,5
TOTAL	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Analisando a tabela nº X constatamos que a ci rurgia mais efetuada no tratamento das neoplasias gástricas foi a gastrectomia subtotal com anastomose a Billroth I, realizada em 19 pacientes, num percentual de 47,5% dos casos. A segunda cirurgia em frequência, foi a gastrectomia subtotal com anastomose a Billroth II, efetuada em 9 pacientes, correspondendo a um percentual de 22,5%. seguida da gastrectomia total com anastomose esôfago-jejunal realizada em 7 pacientes num percentual de 17,5% dos casos. Em 4 pa cientes foi feita apenas a laparotomia, pois os tumores eram inope ráveis, correspondendo a 10,0% dos casos. Num paciente foi feita ape nas a gastroenteroanastomose, como cirurgia paliativa.



Tabela XI - Incidência dos casos analisados de acordo com a sobrevida pós-operatória em meses até 30 de abril de 1980

Sobrevida em meses	Nº de Casos	Percentual
0   1	5	12,5
1   6	12	30,0
6   12	9	22,5
12   24	7	17,5
24   40	2	5,0
Não Acompanhados	5	12,5
T O T A L	40	100,0

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Analisando a tabela nº XI constatamos que 12 pacientes, correspondendo a 30% dos casos, tiveram sobrevida pós-operatória de 1 a 6 meses; 9 deles, num percentual de 22,5% sobreviveram de 6 a 12 meses e, 17,5%, num total de 7 pacientes tiveram sobrevida de 12 a 24 meses. Enquanto 5 doentes correspondendo a 12,5% morreram antes de 1 mês de pós-operatório, 2 deles, num percentual de 5,0% sobreviveram mais de 24 meses. Não foram acompanhados 5 pacientes correspondendo a 12,5%.

Tabela XII - Relação entre a incidência de câncer gástrico e colorretais, tratados cirurgicamente no Hospital São José de Criciúma, no período correspondente a janeiro de 1977 a abril de 1980

	Estômago	Intestino Grosso
1977	10	3
1978	7	5
1979	14	2
1 e 2/80	4	1
T O T A L	35	11

Fonte: Arquivos do Hospital São José de Criciúma

Analisando a tabela nº XII notamos que nos 38 meses analisados, encontramos 35 casos de tumores gástricos e 11 casos de câncer colorretal.

## V - CONCLUSÃO

Em relação ao sexo, encontramos 27 tumores no sexo masculino e 13 no sexo feminino, totalizando 40 casos, o que coincide plenamente com a literatura que diz ser a incidência de adenocarcinoma gástrico, maior no sexo masculino na proporção de 2:1.

A faixa etária mais atingida pelos tumores malignos do estômago foi a sexta década da vida onde ocorreram 32,5% dos casos analisados, sendo que dos 50 aos 80 anos incidiram 75% dos casos. Por outro lado apenas um caso incidiu em paciente com menos de 30 anos de idade. Essa estatística vem confirmar que o adenocarcinoma gástrico é uma doença de pessoas idosas, que pode ocorrer em jovens, mas isso não é frequente.

Todos os pacientes estudados eram de cor branca, o que não nos permite tirar nenhuma conclusão, já que a maioria da população brasileira pertence a raça branca.

A dor abdominal nas suas mais variadas formas e graus de intensidade foi a queixa mais frequente dos pacientes estudados, presente em 75% dos casos. O segundo sintoma mais frequentemente encontrado foi o emagrecimento, ocorrido em 67,5% dos pacientes. Esse dado difere um pouco da literatura pesquisada que apresenta o emagrecimento como o sintoma encontrado em mais de 90% dos casos, mas essa diferença talvez possa ser explicada pela dificuldade em se obter informações de alguns pacientes devido ao seu baixo nível intelectual, o que torna esse dado de importância menor. Náuseas e vômitos também foram sintomas frequentemente relatados pelos doentes, mas astenia e anorexia ocorreram em um número bem menor de casos do que o relatado na literatura.

Todos os casos analisados tiveram o laudo de adenocarcinoma gástrico à anatomopatologia, o que mostra a predominância absoluta dos tumores malignos epiteliais em relação

a outros tumores malignos do estômago. Um dos casos analisados teve laudo de adenocarcinoma à biópsia e úlcera gástrica benigna na análise da peça, mais foi incluído nesta pesquisa, porque acreditamos ter sido um caso de câncer gástrico precece que foi totalmente extirpado à biópsia, já que lâmina da mesma não deixa dúvidas quanto à malignidade da lesão. Tal fato porém, é passível de discussão, já que não foram efetuados cortes seriados da peça para que pudéssemos afirmar com certeza o diagnóstico.

Trinta e cinco dos quarenta tumores analisados tiveram origem no antro e pequena curvatura gástrica, o que concorda com a literatura pesquisada, enquanto que o corpo e cárdia com três e dois casos, respectivamente, completaram o total estudado.

A patologia mais frequentemente encontrada em concomitância com os adenocarcinomas gástricos foi a gastrite crônica, presente em 15% dos pacientes. enquanto que a linite plástica ocorreu em 5% dos casos. Encontrou-se também um paciente com várias úlceras benignas em concomitância com a lesão maligna, patologias essas que não são muito frequentes no mesmo paciente.

Dos pacientes levados a cirurgia, 12,5% tinham tumores inoperáveis, sendo que 87,5% tinham tumores operáveis, mas muito deles irressecáveis, o que demonstra quão tardio é o diagnóstico de câncer gástrico em nosso meio.

A análise da sobrevida pós-operatória foi dificultada por dois fatores: o primeiro porque alguns doentes não puderam ser acompanhados e o segundo porque muitos deles foram operados recentemente, faltando pois tempo para que pudéssemos analisar os resultados. O dado mais positivo é que 21 desses pacientes estão vivos e desses, 2 com sobrevida maior que 2 anos e 7 com sobrevida entre 1 a 2 anos.

A incidência de neoplasias gástricas levadas a cirurgia no Hospital São José de Criciúma no período analisado, é três vezes maior do que os tumores de colon e reto. Este dado é semelhante ao encontrado pelo Dr. Joel Faintch em seu trabalho

estatístico nos obituários da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, onde constatou o predomínio dos tumores gástricos em relação aos tumores do intestino grosso na proporção de 2:1. Esse dado é contrastante com a bibliografia pesquisada onde há prevalência dos tumores colorretais.

## VI - RESUMO

Foi feito um estudo retrospectivo de 40 casos de tumores malignos de estômago, todos adenocarcinomas, no período de janeiro de 1977 a abril de 1980.

Observou-se maior incidência no sexo masculino e dos 50 aos 80 anos.

Dor abdominal, emagrecimento, náuseas e vômitos foram as principais queixas relatadas pelos pacientes.

O diagnóstico pré-operatório foi complementado pela radiologia e/ou endoscopia digestiva alta.

Em 87,5% dos casos a pequena curvatura e o antro gástrico foram a origem dos tumores.

Em 87,5% dos casos foi realizado tratamento cirúrgico, enquanto que 12,5% revelaram-se inoperáveis à laparotomia.

Encontram-se vivos 21 pacientes.

## VII - SUMMARY

Forty cases of malign gastric tumors was studied in a period since 1977 until 1980, april.

Adenocarcinoma is the pattern in the microscopic classification in 100% of the cases.

The high incidence is on the between 50 and 80 years old.

Abdominal pain, loss of weight, nausea ' and vomiting were the principal clinical features.

The diagnosis was confirmed by X-ray and/or upper gastrointestinal endoscopy.

In 87,5% cancer originates in the antrum and lesser curvature.

The surgical treatment was made in 87,5% and 12,5% didn't have surgical conditions.

## VIII - BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS, E. S.. Cirurgia Gástrica. In: Técnica Cirúrgica Fábio Goffi, 1ª Ed., Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1978, Vol. II, Cap. 687 a 694.
2. BOCKUS, H. L.. Carcinoma of the Stomach. In: Gastroenterology, 2ª Ed., Philadelphia - USA, Ed. Saunders Comapny, 1969, Vol. I, Cap. 33, p. 743 a 801.
3. BRANDBOAC, L. L.. Neoplasias Malignas do Estômago. In: Tratado de Medicina Interna de Cecil - Loeb, 14ª Ed., Rio de Janeiro, Ed., Interamericana, Vol. II, 1977, p. 1627 a 1631.
4. CASTRO, S. V. In: Anatomia Fundamental, 2ª Ed., Belo Horizonte, Ed. Mc Graw-Hill do Brasil, 1973, p. 331 a 333.
5. CHRISTMAM, F. E., OTTOLENGHI, C. E., RAFFA, J. M. VONGROHMAN, G.. In: Técnica Cirúrgica, 2ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1958, p. 1345 a 1381.
6. ENGLER, E. JR.. Câncer, Gastrite e outras doenças do estômago. In: Harrison Medicina Interna, 7ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, Tomo II, 1977 p. 1324 a 1326.
7. HART, F. DUDLEY . In: Diagnostico Diferencial, 10ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan 1979.
8. HARVEY, A. M., JOHNS, R. J., OWENS, A. H., ROSS, R.S.. Biologia das Neoplasias Humanas. In: Medicina Interna. 18ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1975, Vol. I, Cap. 62 p. 575 a 603.



9. HOUSSAY, B. A.. Digestión en el Estómago. In: Fisiología Humana, 4ª Ed., Buenos Aires, Ed. El Ateneo 1972, Cap. 40, p.450 a 465.
10. LARRECHEA, I. SCHAPIRA, A., Tumores. In: Gastroenterologia, 1ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1978, Cap. 27, p. 381 a 390.
11. MADDLEN, L. J.. In: Atlas de Técnicas em Cirurgia, 2ª Ed., México, Ed. Nueva . Ed. Interamericana, 1967, p. 276 a 311.
12. RAIÁ, A. A., Tumores Malignos de Estômago, In: Clínica Cirúrgica Alípio Correa Netto, 3ª Ed., São Paulo, Ed. Sarvier, 1974 Vol. IV, Cap. 30, p. 341 a 371.
13. REMINE, W. H., PRIESTLEY, J. T. BERKSON, J.. In: Cancer of the Stomach, 1ª Ed., Philadelphia-U.S.A., Ed. Saunders Company, 1964.
14. REY, L.. Como Redigir Trabalhos Científicos. São Paulo, Ed. Edgard Blücher, 1972.
15. ROBBINS, S. L.. Patologia, 3ª Ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan , 1969.

TCC  
UFSC  
CC  
0040

Nº Cham. TCC UFSC CC 0040  
Autor: Santos, José Mauro  
Título: Análise de 40 casos de tumores m



972812644 AC 252876

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM