

01

ADENOCARCINOMA
GÁSTRICO

EPIDEMIOLOGIA

O adenocarcinoma é denominado como câncer gástrico por representar 94% dos casos de neoplasia maligna de estômago. Dentre as outras causas, estão linfoma, tumor estromal (GIST), outros sarcomas (que não linfomas ou GIST), leiomiossarcoma, leiomioblastoma, hemangiopericitoma, rabdomiossarcoma, plasmocitoma, sarcoma granulocítico, teratoma maligno e, por último, carcinossarcoma.

QUADRO CLÍNICO

- Os sintomas podem ser confundidos com gastrite no início, podendo levar ao tratamento sintomático durante 6 a 12 meses antes de estudos diagnósticos;
- Perda de peso (62%) e dor abdominal (52%) são os sintomas mais comuns no diagnóstico inicial;
- A dor epigástrica é semelhante à causada pelas úlceras benignas e, da mesma maneira, pode simular angina, porém é constante e não se irradia nem melhora com a ingestão de alimentos;
- A perda de peso, usualmente, resulta mais de ingestão calórica insuficiente do que de metabolismo aumentado;
- A doença avançada pode apresentar anorexia, fadiga e vômitos;
- Os sintomas geralmente estão associados à localização do tumor no estômago: tumores próximos à junção esofagogástrica frequentemente causam disfagia (presente em 26% dos casos); já em regiões mais distais, pode exibir sintomas de obstrução digestiva alta, com vômitos alimentares;
- O envolvimento difuso, como ocorre na linite plástica, leva à diminuição na distensibilidade do estômago, causando a saciedade precoce (18% dos casos);
- Sangramento oculto com ou sem anemia ferropriva é comum, mas sangramento ativo é raro (menos de 20%); tumores muito grandes podem erodir para dentro do cólon transversal com quadro de obstrução colônica;
- Sinais clínicos que se desenvolvem tardiamente com a evolução da doença, associados a avanço ou doença metastática, são massa abdominal palpável, linfonodos supraclaviculares (de Virchow) ou periumbilicais (de Irmã Maria José), linfonodo axilar esquerdo (de Irish), metástases peritoneais palpáveis pelo toque retal ("prateleira de Blumer") ou massa ovariana (tumor de Krukenberg);
- Conforme a doença progride, pode haver hepatomegalia secundária a metástase, icterícia, ascite e caquexia;
- Os sítios mais comuns de metástases são fígado, peritônio, linfonodos não regionais ou

distantes. Sítios menos comuns são ovário, sistema nervoso central, osso, pulmão ou partes moles;

- Fenômenos paraneoplásicos raros que incluem dermatite seborreica difusa (sinal de

Leser-Trélat), acantose nigricans (placas pigmentadas escuras e aveludadas nas pregas cutâneas), anemia hemolítica microangiopática, nefropatia membranosa, estados hipercoaguláveis (síndrome de Trousseau), e poliarterite nodosa (no câncer gástrico precoce).

CLASSIFICAÇÕES

CLASSIFICAÇÃO MACROSCÓPICA DE BORRMANN

TIPOS	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	

DIAGNÓSTICO

A endoscopia digestiva alta é o método diagnóstico de escolha do câncer gástrico. Além de fazer a análise, já possibilita o início do

estadiamento, indicando se o tumor é precoce ou avançado, seu tamanho e sua localização.

ESTADIAMENTO

**CLASSIFICAÇÃO TNM
(UICC, 2010)**

T	
Tx	Não avaliado
T0	Ausência de tumor primário
Tis	Câncer in situ (restrito à mucosa, sem invasão da lâmina própria)
T1	Lâmina própria, muscular da mucosa ou submucosa
T1a	Lâmina própria ou muscular da mucosa
T1b	Submucosa
T2	Muscular própria
T3	Tecido conectivo subseroso, sem invasão de vísceras peritoneais ou estruturas subjacentes
T4	Invasão da serosa (tecido peritoneal) ou de estruturas adjacentes
T4a	Invasão da serosa
T4b	Invasão das estruturas subjacentes
N	
Nx	Não avaliado
N0	Nenhum linfonodo comprometido
N1	De 1 a 2 linfonodos comprometidos
N2	De 3 a 6 linfonodos comprometidos
N3	Mais de 7 linfonodos comprometidos
N3a	De 7 a 15 linfonodos
N3b	Mais do que 16 linfonodos
M	
Mx	Não avaliado
M0	Ausência de metástase
M1	Metástase a distância

TRATAMENTO

A cirurgia-padrão com intuito curativo é a gastrectomia com linfadenectomia D2, isto é, linfadenectomia estendida para os linfonodos ao redor dos vasos oriundos do tronco celíaco e determinada sempre pela localização do tumor. Portanto, uma linfadenectomia D2 de um tumor de fundo gástrico não retira os mesmos linfonodos de uma linfadenectomia D2 de um tumor de antro.

02 LINFOMA GÁSTRICO

O envolvimento extranodal dos linfomas ocorre predominantemente no trato gastrointestinal, sendo o linfoma primário raro, enquanto o secundário é relativamente comum. O estômago costuma ser o local mais acometido (68 a 75% dos casos), sendo o linfoma gástrico responsável por 3% das neoplasias gastrintestinais e 10% dos linfomas. Seu pico de incidência está entre os 50 a 60 anos, com leve predominância do sexo masculino. A infecção pelo *H. pylori* está altamente associada com o desenvolvimento do linfoma MALT (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue).

Os sintomas mais comuns são epigastralgia (78 a 93%), anorexia (47%), perda de peso (25%), náusea e vômito (18%), sangramento oculto (19%) e saciedade precoce. Sintomas B (febre e sudorese noturna) são descritos em 12% dos pacientes.

O diagnóstico é geralmente estabelecido pela biópsia endoscópica, em que se pode observar eritema da mucosa, lesão polipoide ou massa com ou sem ulceração, úlcera de aspecto benigno, nodularidade e pregas espessadas.

O estadiamento dos linfomas gastrintestinais

é realizado pelo sistema de Lugano (sistema de estadiamento atual usado para pacientes com linfoma não Hodgkin). Este sistema de

estadiamento centra-se no número de sítios tumorais (nodais e extranodais) e sua localização.

ESTADIAMENTO DE LUGANO

ESTADIO I

Envolvimento de uma única região linfonodal (pode incluir um linfonodo ou grupo de linfonodos adjacentes – fase I) ou um único órgão ou sítio extralinfático (estadio IE), sem envolvimento nodal

ESTADIO II

Envolvimento de 2 ou mais regiões linfonodais no mesmo lado do diafragma (fase II) ou envolvimento localizado de um órgão ou sítio extralinfático (estadio IIE)

ESTADIO III

Envolvimento dos linfonodos em ambos os lados do diafragma (estadio III)

ESTADIO IV

Envolvimento difuso ou disseminado de 1 ou mais órgãos extralinfáticos (por exemplo, fígado, medula óssea, pulmão), com ou sem envolvimento linfonodal associado

O TRATAMENTO DO LINFOMA MALT GÁSTRICO BASEIA-SE NO ESTADIO DA DOENÇA E PRESENÇA DO H. PYLORI.