



## ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS CASOS DE CÂNCER GÁSTRICO SUBMETIDOS A GASTRECTOMIA NO HOSPITAL GUIRELLO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR

*Maria Eduarda de Siqueira silva<sup>1</sup>, Ana Luísa Valério Camargo<sup>2</sup>, Jordão Francisco da Silva Junior<sup>3</sup>, Karin Juliane Pelizzaro Rocha Brito<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Cesumar - UNICESUMAR., Campus Maringá-PR. Bolsista PIBIC-MED/ICETI- Unicesumar. [duda\\_silva\\_1204@hotmail.com](mailto:duda_silva_1204@hotmail.com)

<sup>2</sup>Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Cesumar - UNICESUMAR. [analuvacamargo@hotmail.com](mailto:analuvacamargo@hotmail.com)

<sup>3</sup>Professor, Departamento de Medicina, UNICESUMAR. [jordao.silva@unicesumar.edu.br](mailto:jordao.silva@unicesumar.edu.br)

<sup>4</sup>Orientadora, Mestre, Departamento de Medicina, UNICESUMAR. [karin.rocha@unicesumar.edu.br](mailto:karin.rocha@unicesumar.edu.br)

### RESUMO

O câncer gástrico é a quinta neoplasia mais frequente na população feminina brasileira e a quarta mais frequente na masculina. Por possuir sintomatologia inespecífica, é uma neoplasia de difícil diagnóstico, o que retarda seu tratamento. Este estudo teve como objetivo investigar a recidiva de neoplasias gástricas tratadas com gastrectomia e relacionar a recidiva ao tratamento e fatores de risco, a fim de traçar um perfil que defina o prognóstico desses pacientes. Constatou-se que a incidência foi maior no sexo masculino. A idade variou entre 31 a 88 anos, com idade média de 65 anos. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma, sendo que o sítio primário predominante foi o antro gástrico. Com relação a tratamento adicional à gastrectomia, o mais realizado é a quimioterapia, seguido pela associação desta com a radioterapia e que 7,46% foram tratados apenas com a radioterapia, além da gastrectomia. A recidiva após a gastrectomia ocorreu em 20,15% dos pacientes analisados, sendo a maioria tratada com a associação de quimioterapia e radioterapia. Relacionando com a recidiva tumoral, obteve-se que quanto maior a idade, menor a chance de recidiva, e que o sexo masculino e tamanhos maiores de tumor aumentam as chances de recidiva. Com relação ao estadiamento TNM, a partir do IIIA (T3N1-3M0) há uma menor sobrevida dos pacientes avaliados nesse estudo. Esse estudo colaborou com o delineamento do perfil epidemiológico dos pacientes com câncer gástrico de Maringá e região, além de facilitar a elaboração futura de novas estratégias de prevenção e detecção precoce da doença.

**PALAVRAS – CHAVE:** Neoplasias gástricas; Recidiva local de neoplasia; Sobrevida.

### 1 INTRODUÇÃO

O câncer gástrico acomete o estômago e possui uma sintomatologia inespecífica, culminando em diagnóstico tardio. Dessa forma, se apresenta com altas taxas de mortalidade, apesar de estar decaindo conforme os anos, devido a dietas ricas em vitaminas e nutrientes e uma maior qualificação médica. Essa neoplasia acomete cerca de 5,9% da população masculina e 3,5% da feminina. (INCA, 2020). Como fatores de risco, pode-se destacar o excesso de gordura corporal, o consumo excessivo de sal, bebidas alcoólicas, tabagismo, fatores genéticos e, principalmente, a infecção por *Helicobacter pylori* (KARIMI, 2014).

O câncer gástrico tem 3 tipos histológicos principais, como o Adenocarcinoma com sua origem nos tecidos glandulares (95% de ocorrência), o Linfoma gástrico que se origina nos linfonodos (3% de ocorrência) e o Leiomiossarcoma que se inicia em tecidos os quais dão origem aos músculos e ossos (1-3% de ocorrência). Temos ainda o GIST, que é um tipo raro de tumor de células de Cajal do plexo mioentérico (DANI, 2011).

Com relação a efetividade do tratamento oncológico, tem-se que a melhor estratégia é o diagnóstico precoce, porém o câncer gástrico é uma doença silenciosa. Diante disso, a dificuldade do diagnóstico precoce é devida a demora na realização dos exames, dificultando o acesso dos pacientes à atenção oncológica, tratando-se apenas a sintomatologia na atenção básica, retardando



o tratamento (SOUZA, 2019). O tratamento para o carcinoma gástrico depende da localização e estadiamento do tumor, podendo-se aplicar procedimentos cirúrgicos, radioterápicos, quimioterápicos ou multimodais (HOFF, 2013). Contudo, o tratamento curativo para casos sem metástase a distância é apenas com a cirurgia (LUO, *et al.*, 2020), e inclui ressecção de estômago, dissecação de linfonodos e reconstrução do trânsito digestivo. Em conjunto, estes procedimentos recebem o nome de gastrectomia, e podem ser total ou parcial, sendo a escolha de acordo com a localização do tumor e da margem cirúrgica desejada (DANI, 2011).

Estudos citam que o prognóstico, nos casos de CA gástrico, possui relação com a margem proximal e a extensão da linfadenectomia. Diante disso, observa-se na literatura que a margem cirúrgica ainda é muito discutida, uma vez que alguns cirurgiões defendem uma maior ressecção, enquanto outros defendem que tal cirurgia seria mais agressiva, acarretando em uma menor qualidade de vida do paciente (LUO, *et al.*, 2020). No entanto, até em ressecções R0 com intenção curativa (cirurgia com margens microscopicamente negativas), um fator que chama atenção no contexto oncológico é a alta recorrência de recidivas tumorais, esta que chega a até 52%, ocorrendo principalmente loco-regional ou metástase hepática. De modo interessante, alguns fatores parecem contribuir para a ocorrência da recidiva nesse período, dentre os quais se destacam as características morfológicas e o estadiamento do tumor primário, assim como, local de acometimento, tipo e grau histológico de desdiferenciação e índice proliferativo. (SWANTON, 2012).

Assim, diante da importância de conhecer o perfil de câncer gástrico na cidade de Maringá, este estudo tem como objetivo investigar a recidiva de neoplasias gástricas tratadas com gastrectomia e relacionar a recidiva e agressividade tumoral com o tratamento realizado a fim de traçar um perfil que defina o prognóstico de pacientes diagnosticados e tratados através de gastrectomia pelo Hospital Guirello na cidade de Maringá-PR.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de observacional retrospectivo através da análise de prontuários do banco de dados do Hospital Guirello de Maringá-PR. A coleta de dados foi realizada no Hospital Guirello de Maringá-PR, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar, tendo como enfoque a revisão de prontuários dos pacientes com câncer gástrico no período de 1 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2011. O setor oncológico do Hospital Guirello é um dos centros de referência aos pacientes com câncer gástrico de Maringá e região.

Os dados coletados foram organizados estatisticamente com o auxílio do programa Microsoft Excel. Os dados foram analisados através do software Statistical Package for Social Science (SPSS). Dentre as relações analisadas têm-se: relação de acometimento entre os sexos, de procedência, incidência anual, idade média de acometimento geral e de acordo com os sexos, relações de tabagismo e etilismo tanto de acordo com o gênero quanto com a presença de metástase, acometimento geral por sítio primário, de metástases por sítio, bem como de óbitos por sítio, incidência de acordo com TNM e estágio clínico dos pacientes, relação de número de pacientes para cada tipo de tratamento e do tratamento inicial ponderado, além do estado final do paciente e da doença. Os resultados obtidos foram compilados em diferentes gráficos e tabelas para melhor visualização e compreensão.

A pesquisa bibliográfica exploratória foi feita em bancos de dados como SciELO e PubMed para auxiliar na discussão dos resultados obtidos. A escolha dos artigos envolveu a análise de sua relevância e abrangência, sendo para tanto utilizados os filtros de pesquisa: período da pesquisa

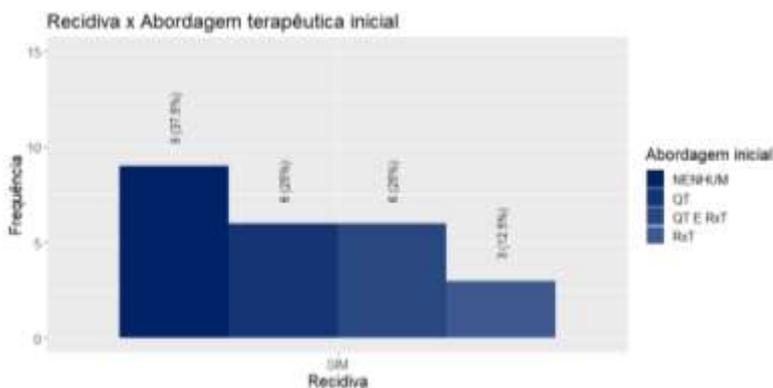


2010-2021. Os critérios de inclusão e exclusão determinante na seleção dos artigos foram: (I) língua inglês e/ou português, (II) artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e (III) artigos publicados e indexados no referido banco de dados nos últimos dez anos. Além disso, foram utilizados materiais disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde, Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC) e Instituto Nacional do Câncer (INCA).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os resultados obtidos, constatou-se que a incidência foi maior no sexo masculino, com 58,96%. A idade variou entre 31 a 88 anos, com idade média de 65 anos. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma, sendo que o sítio primário predominante foi o antro gástrico. A presença de metástases durante o diagnóstico inicial foi de 11,2%.

Com relação ao tratamento adicional à gastrectomia, percebe-se na figura 1, que o mais realizado é a quimioterapia (16,42% dos casos), seguido pela associação desta com a radioterapia (10,45%) e que apenas 7,46% foram tratados apenas com a radioterapia, além da gastrectomia. Ao se calcular a Odds Ratio por meio do exponencial das estimativas, é possível inferir que pacientes com abordagem quimioterápica possuem 2,82 vezes mais chance de recidiva tumoral do que aqueles que realizaram apenas a gastrectomia. Já pacientes que passaram por abordagens de quimioterapia associada à radioterapia possuem 4,58 vezes mais chance de vir a apresentar casos de reincidência se comparados àqueles que não passaram por nenhum tratamento adjuvante a cirurgia. Isso se explica por conta de pacientes que realizam apenas a gastrectomia terem um estadiamento menos avançado da doença se comparado com aqueles que realizam neoadjuvância ou adjuvância.

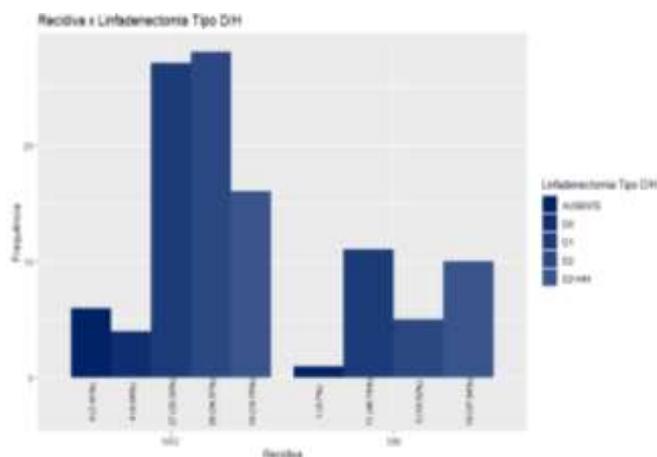


**Gráfico 1:** Relação da recidiva com o tipo de neoadjuvância

Um assunto bastante discutido quando se fala de câncer gástrico é a linfadenectomia, por conta de que, com a evolução da invasão da parede gástrica, o risco de metástase linfonodal aumenta significativamente, piorando o prognóstico. A linfadenctomia pode ser feita em diversas cadeias linfonodais, a tipo D1 é a ressecção de linfonodos da cadeia perigástrica, já a tipo D2 é quando retiram-se linfonodos da cadeia perigástrica e os das artérias gástrica esquerda, hepática comum e esplênica. Pode-se ainda realizar a linfadenectomia D2 com associação da retirada de linfonodos do hilo-hepático (HH), quando se procura uma maior radicalidade cirúrgica (KESLEY R *et al.*, 2005). Pelo gráfico abaixo, apesar de haver diferença entre os percentuais dos diferentes tipos de linfadenectomia quando há recidiva ou não, o modelo de regressão aponta que ainda assim não

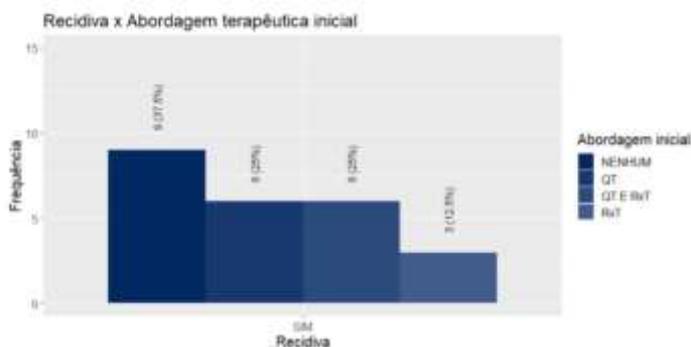


há significância nesta variável o suficiente para interferir no aumento ou redução da chance de o paciente apresentar recidiva, a um  $\alpha = 0,05$ .



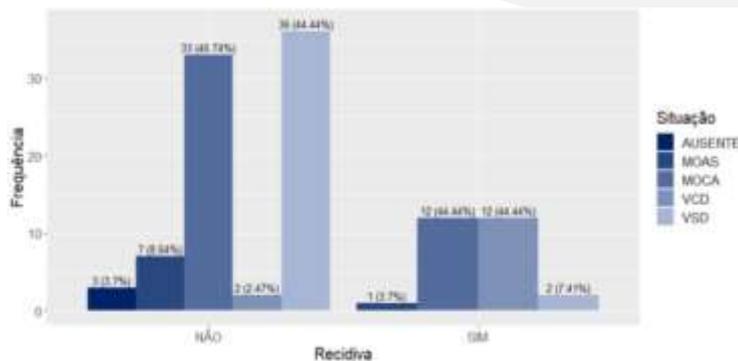
**Gráfico 2:** Relação da linfadenectomia com recidiva nos pacientes.

A recidiva tumoral após a gastrectomia ocorreu em 20,15% dos pacientes analisados neste estudo, sendo a maioria tratada com a associação de quimioterapia e radioterapia, como mostra o gráfico 3.



**Gráfico 3:** Relação da recidiva com o tipo de abordagem terapêutica de cada paciente considerando a frequência. Sendo QT= quimioterapia e RxT= radioterapia.

O gráfico 4 aborda a situação de sobrevida do paciente, 59 pacientes (44,03%) vieram a falecer, sendo 50 (37,31%) decorrentes do câncer e 9 (6,72%) por outras causas. Cinquenta e sete (57) pacientes (42,54%) sobreviveram, dentre estes 40 (29,85%) estão vivos sem câncer de estômago e 17 (12,69%) estão vivos, porém com câncer. Os dados sem informação a respeito deste tema totalizam 18 prontuários (13,43%).



**Gráfico 4:** Situação dos pacientes que apresentaram recidiva com a situação atual do paciente. Sendo MOCA= morto pela doença; MOAS = morto por outras causas; VCD= vivo com doença; VSD= vivo sem doença.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível traçar um perfil epidemiológico dos pacientes gastrectomizados devido ao câncer gástrico no hospital Guirello de Maringá-PR, facilitando a elaboração de estratégias de prevenção e detecção precoce da doença. Os dados: idade média de 65 anos, predominância do sexo masculino, adenocarcinoma como tipo histológico predominante, estágio clínico tardio e predomínio da cirurgia curativa como tratamento mais utilizado estão em consonância com os achados na literatura. Relacionando com a recidiva, constatou-se que quanto mais velho, menor a chance de recidiva, e que o sexo masculino e tamanhos maiores de tumor aumentam as chances de recidiva. Outro fator importante avaliado foi o estadiamento TNM em que a partir do IIIA há uma menor sobrevida dos pacientes avaliados neste estudo.

#### REFERÊNCIAS

DANI Renato; ROCHA Maria da Silva. **Gastroenterologia essencial I**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HOFF Paulo Marcelo Gehm (ed.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. INCA, 2020.

KARIMI, P. *et al.* Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, v. 23, n. 5, p. 700–713, 1 maio 2014.

LUO, J. *et al.* Prognostic value and nomograms of proximal margin distance in gastric cancer with radical distal gastrectomy. **Chin J Cancer Res**, v. 32, n. 2, p. 186-196, 2020.

SOUZA, Mariza da Silva Rocha. Câncer gástrico: um olhar multidisciplinar frente ao diagnóstico precoce. **Revista InterSaúde**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 86-90, sep. 2019.

SWANTON, C. Intratumor heterogeneity: evolution through space and time. **Cancer Research**, v. 72(19), 2012.