



INTRODUÇÃO

O câncer gástrico precoce (CGP) é definido, atualmente, como o adenocarcinoma que está restrito à camada mucosa ou submucosa da parede gástrica, independentemente de haver ou não acometimento linfonodal metastático locorregional ou à distância. A incidência de metástases linfonodais, de modo geral, no CGP estágio clínico T1 varia de 0% a 15%.

Pacientes com diagnóstico ou alta probabilidade clínica ou radiológica de metástases linfonodais não são candidatos apropriados para a abordagem endoscópica. A gastrectomia com linfadenectomia é o tratamento de escolha nestas situações.

INDICAÇÕES DO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

A ressecção endoscópica é considerada procedimento tanto de estadiamento quanto de tratamento para o CGP. A ressecção em bloco permite avaliar o estágio T da lesão e pode indicar subsequente gastrectomia com linfadenectomia se a ressecção for incompleta ou existirem achados histopatológicos desfavoráveis.

De acordo com as diretrizes atuais, as indicações absolutas (ou *standard*) para o tratamento endoscópico do CGP são definidas para o adenocarcinoma intramucoso bem ou moderadamente diferenciado que é elevado e tem até 2 cm de diâmetro, ou aquele que é deprimido e mede até 1 cm, sem ulceração.

Importante ressaltar que estas lesões devem apresentar uma alta probabilidade de ressecção *en bloc* e não haver indícios de invasão linfovascular.

Critérios de indicação expandidos para a ressecção endoscópica foram sugeridos: (a) câncer intramucoso sem ulceração, independentemente do seu tamanho; (b) câncer intramucoso ≤ 3 cm de diâmetro com ulceração; (c) câncer invasivo com mínima ($\leq 500 \mu\text{m}$ da camada *muscularis mucosae*) invasão submucosa e tamanho ≤ 3 cm; e (d) câncer intramucoso, indiferenciado e ≤ 2 cm.

As indicações gerais da gastrectomia com linfadenectomia incluem, basicamente, lesões com baixa possibilidade de ressecção *en bloc*, subtipo histológico difuso, tumores ulcerados ou com invasão submucosa maciça, evidência de acometimento linfovascular ou linfonodal.



Imagem cortesia do Dr Gustavo Luis Rodela Silva

ENDOSCOPIA x CIRURGIA - QUAL A MELHOR OPÇÃO?

Para comparar os resultados do tratamento endoscópico com o tratamento cirúrgico do câncer gástrico precoce foi realizada no Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo uma revisão sistemática com metanálise. Foram analisados 19 estudos de coorte retrospectivos (nível de evidência 2b de Oxford), totalizando 6421 pacientes. As ressecções endoscópicas incluíram pacientes com critérios absolutos e expandidos e o follow-up variou de 17,6 a 88 meses.

Este estudo chegou às seguintes conclusões:

- As taxas de sobrevivência de 3, 5 e 10 anos e a mortalidade são semelhantes.
- As taxas de complicações são mais baixas em pacientes submetidos à abordagem endoscópica.
- As taxas de ressecção completa são maiores em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico (as opções de reabordagem em caso de ressecções incompletas, geralmente, não alteram as taxas de cura).
- As taxas de recidiva são mais elevadas em pacientes submetidos a tratamento endoscópico, principalmente quando a indicação expandida é considerada.

Assim, a ressecção endoscópica pode ser proposta como forma de tratamento inicial de pacientes selecionados com CGP.

Apesar da existência das diretrizes de tratamento, é importante que pacientes com o diagnóstico de CGP sejam tratados em centros de referência, habituados procedimentos de alta complexidade e sede de profissionais especializados nas diferentes áreas envolvidas. Desta forma, a generalização a instituições não especializadas requer discernimento e prudência, objetivando aprimorar os resultados.

Para acessar o artigo completo [clique aqui](#)

RECOMENDAÇÕES ATUAIS – JGCA GUIDELINES (VER.4)

Pontos de interesse do artigo, recentemente publicado na revista *Gastric Cancer* (janeiro de 2017) são brevemente abordados abaixo.

- 1) ESD em pacientes com indicação expandida ainda é considerado tratamento experimental (a ser realizado sob protocolo de estudo).
- 2) As indicações de tratamento endoscópico continuam as mesmas da última diretriz e foram descritas acima.
- 3) Curabilidade das ressecções endoscópicas (possibilidade de seguimento sem cirurgia) considera, além dos critérios descritos (absolutos e expandidos), que a ressecção tenha sido em bloco, que não haja invasão vascular ou linfática, e que as margens verticais e laterais sejam negativas.

REFERÊNCIAS

Kondo A, de Moura EG, Bernardo WM, Yagi OK, de Moura DT, de Moura ET, Bravo JG, Yamazaki K, Sakai P. Endoscopy vs surgery in the treatment of early gastric cancer: Systematic review. *World J Gastroenterol*. 2015 Dec 14;21(46):13177-87. doi: 10.3748/wjg.v21.i46.13177. Review. PubMed PMID: 26675093; PubMed Central PMCID: PMC4674737.

Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2017 Jan;20(1):1-19. doi:10.1007/s10120-016-0622-4. Epub 2016 Jun 24. PubMed PMID: 27342689; PubMed Central PMCID: PMC5215069.

