

A gastrectomia com linfadenectomia continua sendo o padrão-ouro no tratamento do câncer gástrico, tanto precoce quanto avançado. A sobrevida global em 5 anos após a cirurgia supera 92%.

Na última década, a dissecação endoscópica da submucosa tem se firmado como terapia eficaz e segura no tratamento das lesões precoces com baixo risco de acometimento linfonodal.

Atualmente, os critérios aceitos para o tratamento endoscópico são os seguintes:

### **Critérios absolutos:**

- adenocarcinoma bem diferenciado, restrito a mucosa, < 20mm e sem úlcera

### **Critérios estendidos:**

#### Adenocarcinoma bem diferenciado:

- se não tiver úlcera e se não tiver invasão da submucosa sm, pode ser de qualquer tamanho.
- se tiver úlcera: somente os < 30 mm

#### Adenocarcinoma indiferenciado:

- somente sem ulceração , restrito à mucosa e < 20 mm

Depth	Mucosal cancer				Submucosal cancer	
	Ulcer(-)		Ulcer(+)		SM1	SM2
Size	≤ 20 mm	> 20 mm	≤ 30 mm	> 30 mm	≤ 30 mm	Any size
Histology						
Differentiated	Classic indication	Expanded indication				
Undifferentiated	Classic indication					

Legend:  
Classic indication: Solid grey  
Expanded indication: Horizontal lines  
Surgery: White  
Consider surgery\*: Diagonal lines

Estudos recentes demonstraram resultados favoráveis com esta técnica endoscópica, com sobrevida em 5 anos variando de 93 a 97%.

No entanto, até hoje não existem estudos prospectivos comparando o tratamento cirúrgico com o tratamento endoscópico (ESD) das neoplasias precoces de estômago.

### **Objetivo**

Avaliar os resultados a longo prazo da **ressecção endoscópica versus cirurgia** para as neoplasias precoces de estômago que se enquadram dentro dos critérios expandidos.

## **Método**

Estudo retrospectivo dos pacientes submetidos a tratamento da neoplasia gástrica precoce no National Cancer Center (Korea) entre 2001-2009. Foram incluídos apenas os pacientes com lesões que se enquadravam dentro dos critérios expandidos de indicação e curabilidade pós ressecção:

- Adenocarcinoma intramucoso bem diferenciado, sem ulcerações e tamanho > 2cm
- Adenocarcinoma intramucoso bem diferenciado, com ulcerações e tamanho < 3cm
- Adenocarcinoma bem diferenciado com invasão submucosa < 500 micras e tamanho < 3cm
- Ausência de invasão angiolinfática

Critérios de exclusão

- Paciente com indicação absoluta de ressecção endoscópica (critérios clássicos)
- Histologia indiferenciada
- Follow up < 1 ano

Técnica endoscópica: até 2004 era utilizada a mucosectomia (EMR). A partir de 2004, passou-se a utilizar a ESD

Técnica cirúrgica: Gastrectomia total ou subtotal + linfadenectomia

Endpoint primário: Sobrevida global

Endpoint secundário: índice de recidivas e complicações

## **Resultados:**

165 paciente selecionados no grupo endoscopia

292 pacientes selecionados no grupo cirurgia

Mediana de seguimento 58 meses

A SV em 5 anos foi 97,5% no grupo endoscópico e 97% no grupo cirúrgico ( $p=0.425$ ).

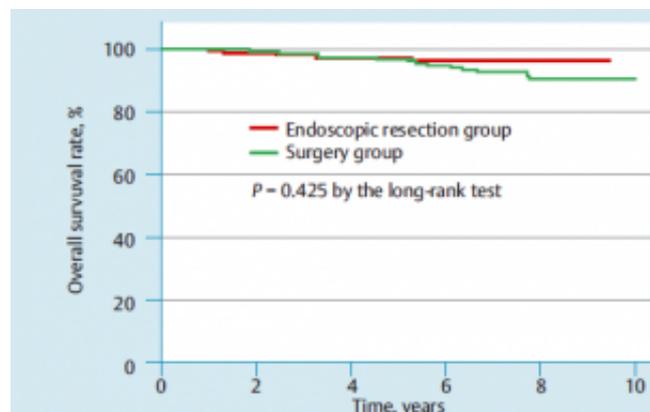
Um paciente no grupo cirúrgico apresentou metástases hepáticas e ósseas 18 meses após.

Recidiva de câncer gástrico ocorreu em 4,7% no grupo endoscopia vs 0,3% no grupo cirúrgico ( $p<0.001$ ). No entanto, as recidivas não foram identificadas no local da ressecção, mas em outras áreas do estômago remanescente (lesão metacrônica). Todas as 9 lesões metacrônicas foram passíveis de ressecção endoscópica, das quais uma necessitou complementação cirúrgica (invasão > 1000 micras).

Complicações precoces ocorreram em igual proporção entre os grupos, mas complicações precoces

maiores foram mais frequentes no grupo endoscopia (4.8% vs. 1.4;  $P=0.026$  – 7 sangramentos e 1 perfuração)

Em contraste, complicações tardias só foram identificadas no grupo cirúrgico (4,8%)



## Discussão

Este estudo traz uma forte evidência do benefício da ESD no tratamento do câncer gástrico precoce. Apesar de vários estudos terem mostrado os bons resultados do tratamento endoscópico isoladamente, a comparação com um grupo cirúrgico (que traz força de evidência a um trabalho científico) só havia sido feita em outros dois estudos. No entanto, estes estudos incluíram até 57% de pacientes com displasia, ou seja, uma doença bem menos agressiva.

Um dos grandes méritos deste estudo, foi ter incluído apenas os pacientes que se encaixavam nos critérios **expandidos** de ressecção endoscópica, justamente para provar se o método está sendo bem indicado nesta população, e os resultados apresentados foram favoráveis.

Por outro lado, o estudo apresenta as seguintes limitações:

- Desenho retrospectivo: ou seja, a escolha entre o tratamento cirúrgico vs endoscópico não foi aleatória. Pode ter ocorrido o que chamamos de viés de seleção. Por exemplo: pacientes mais debilitados podem ter sido encaminhados para o tratamento endoscópico e os pacientes com melhores condições clínicas para o grupo cirúrgico. Outro exemplo: lesões maiores podem ter sido direcionadas para o grupo cirúrgico (e de fato foram);
- Houve mistura de técnicas endoscópicas (EMR vs ESD);
- Follow-up ligeiramente diferente entre os grupos (mais pacientes com follow-up prolongado no grupo cirurgia)

Em conclusão, o tratamento endoscópico de neoplasias precoces de estômago que preenchem os critérios expandidos oferece sobrevida a longo prazo semelhante à cirurgia, com menores taxas de complicações tardias. No entanto, a neoplasia metacrônica é mais frequente no grupo tratado por endoscopia, exigindo vigilância a longo prazo.

**Artigo original:**

[Long-term survival after endoscopic resection versus surgery in early gastric cancers](#)

[Kim Young-II et al. Endoscopy 2015; 47: 293–301](#)

**Artigos relacionados:**

[Imagens de ESD gástrico](#)

---

[Imagens de neoplasia gástrica precoce](#)

---

[O papel da endoscopia no manejo das lesões pré-malignas e malignas do estômago](#)

---

[Classificação do cancer gástrico precoce](#)

---

[Importância da endoscopia do diagnóstico ao tratamento da neoplasia precoce do esôfago](#)



**ENDOSCOPIA  
TERAPÊUTICA**