

Problemas do diagnóstico precoce do câncer gástrico

ANÁLISE DOS FATORES MÉDICO-PACIENTE E MÉTODOS PROPEDEÚTICOS EM DOIS PERÍODOS

- (1) Luiz Paulo Kowalski
(1) Ita Yoffe de Quiróz
(2) Rafael Abrão Possik

- (2) Delmas Roldão R. Pires
(2) Mário Asai
(3) Alfredo Abrão

UNITERMOS: Diagnóstico, câncer gástrico precoce.
KEY WORDS: Diagnose, early gastric cancer.

RESUMO: Foram analisados retrospectivamente dois grupos de pacientes do Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A. C. Camargo, com diagnóstico histológico de adenocarcinoma gástrico. O primeiro grupo (A), corresponde a 133 pacientes admitidos no período de janeiro de 1966 a dezembro de 1969. O segundo grupo (B) está constituído por 189 pacientes admitidos no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1978. Cada qual destes foram analisados separadamente quanto ao estadiamento, métodos propedêuticos utilizados, tempo transcorrido entre o aparecimento do primeiro sintoma até a primeira consulta médica e desta ao diagnóstico.

Os dois grupos foram comparados quanto ao estadiamento e métodos propedêuticos utilizados com a finalidade de estabelecer a contribuição dos mesmos para o aprimoramento do diagnóstico.

Introdução

Apesar dos avanços na terapêutica oncológica^(8,14,15,17) e desenvolvimento de novos métodos diagnósticos^(1,9,16,20,21,22,23), não se tem observado melhora no prognóstico dos pacientes portadores de adenocarcinoma gástrico^(2,3,11). O tratamento cirúrgico iniciado em 1881 por Theodore Billroth, é ainda a única arma terapêutica capaz de oferecer chances reais de cura^(6,10,15,17,21). Este câncer que nos estádios iniciais é potencialmente curável pela cirurgia, não responde satisfatoriamente à quimioterapia ou radioterapia nos estádios avançados^(1,21). Por isso, toda preocupação deve ser voltada para a detecção mais precoce, aumentando a oportunidade de uma cirurgia radical.

A elaboração diagnóstica até há poucos anos resumia-se em aspectos clínicos e radiológicos. Nos últimos vinte anos tem-se desenvolvido técnicas mais acuradas de radiologia e endoscopia conseguindo-se um maior número de casos diagnosticados precocemente. Em nosso meio tivemos um grande avanço na utilização dos métodos endoscópicos na última década^(16,20,21,22,23).

O objetivo de nosso trabalho é verificar se houve realmente alguma contribuição, comparando dois grupos de pacientes tratados nesta Instituição (um mais antigo — 1966 a 1969 —, e outro mais atual — 1975 a 1978). Analisamos os grupos a fim de identificar as falhas de diagnóstico e quais os meios para diminuir o número de pacientes que chegam em fase avançada e fora de possibilidades de cura.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo — SP — Brasil.

- (1) Ex-residente.
(2) Titular do Departamento.
(3) Diretor do Departamento.

Material e Métodos

Foram estudadas retrospectivamente 322 observações clínicas de pacientes admitidos no Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A. C. Camargo, que tiveram diagnóstico confirmado de adenocarcinoma gástrico.

Os 322 casos foram subdivididos em dois grupos denominados A e B. O grupo A foi constituído por 133 pacientes admitidos no período de janeiro de 1966 a dezembro de 1969. As idades variaram entre 27 e 78 anos, com média de 58 anos; 68% dos pacientes eram do sexo masculino e 32% do sexo feminino; 93% pertenciam à raça branca, 5% à raça amarela e 2% à raça negra.

O grupo B ficou constituído por 189 pacientes admitidos no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1978; as idades variaram entre 19 e 79 anos, com média de 57 anos; 71% eram pacientes masculinos e 29% femininos; 87% pertenciam à raça branca, 10% à raça amarela e 3% à raça negra.

Os pacientes do grupo A tiveram seu diagnóstico firmado por radiologia em 66% dos casos, cirurgia em 31%, autópsia em 0,8% e apenas 3 casos (2,2%) foram submetidos a exame endoscópico. Nos pacientes do grupo B havia informação radiológica em 161 (85%) dos casos, e foi suficiente para o diagnóstico em 132. A gastrofibroscopia só foi realizada nos pacientes em que não havia a certeza do diagnóstico de neoplasia e correspondeu a 67 (35%) dos pacientes e, apenas 2 casos (1%) tiveram o diagnóstico firmado durante o ato cirúrgico.

O estadiamento utilizado foi o aprovado pelo "American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting".

- T1 — Tumor limitado à mucosa
- T2 — Tumor invade a mucosa, submucosa, incluindo a muscular própria, e estende até junto à serosa sem, no entanto, atingi-la.
- T3 — Tumor penetra através da serosa com ou sem invasão de estruturas contíguas.
- T4 — Tumor envolve difusamente a espessura da parede do estômago, sem limites nítidos (incluindo a "linite plástica").
- Tx — Indeterminado grau de penetração na parede gástrica.
- No — Ausência de metástases linfonodais.
- N1 — Metástases aos linfonodos perigástricos na vizinhança imediata do tumor primário.
- N2 — Metástases aos linfonodos perigástricos à distância do tumor primário ou em ambas as curvaturas do estômago.
- Nx — Metástases aos linfonodos não determinadas (isto é, laparotomia não realizada).
- Mo — Ausência de metástases à distância.

M1 — Evidência clínica, radiológica ou cirúrgica de metástases à distância incluindo linfonodos além dos perigástricos, mas excluindo direta extensão em continuidade com o tumor primário.

ESTADIAMENTO (EC)

Estádio I — a — T1 — No — Mo
b — T2 — No — Mo
c — T3 — No — Mo

Estádio II — T4 — No — Mo
Qualquer T — N1 — Mo

Estádio III — Qualquer T — N2 — Mo

Estádio IV — Qualquer T — Qualquer N M1
Tx — Nx — M1

Resultados

Dos 133 pacientes do grupo A, não foi diagnosticado câncer gástrico precoce; 6% foram estadiados como EC I, 11% como EC II, 29% como EC III e 54% como EC IV. No grupo B foram diagnosticados dois casos de adenocarcinoma gástrico precoce (1%,) 10% EC I, 15% EC II, 24% EC III e 50% EC IV. A análise da Tabela I mostra que no grupo inicial tínhamos 17% de pacientes estadiados como EC I e II. No grupo B 26% foram estadiados como EC I e II. Entretanto, metade dos casos de ambos os grupos correspondem a EC IV.

TABELA I
Distribuição dos pacientes segundo o estágio clínico

EC	Grupo A	Grupo B
I	8 (6%)	precoce 2 ((1%)
II	14 (11%)	21 (11%)
III	39 (29%)	29 (15%)
IV	72 (54%)	45 (24%)
		94 (50%)

Os métodos propedêuticos utilizados para o diagnóstico clínico de câncer gástrico no grupo A foram a radiologia em 88 (66% dos casos), radiologia associada à endoscopia em 3 (2,2%), 41 (31%) tiveram o diagnóstico firmado apenas durante o ato cirúrgico e 1 caso (0,8%) somente à autópsia. No grupo B a radiologia fez o diagnóstico em 132 (81%) dos casos; a gastrofibroscopia auxiliou no esclarecimento diagnóstico de 67 casos (36%), dos quais 7 casos tinham laudo radiológico normal. Com este avanço houve uma diminuição apreciável de casos em que a laparotomia foi necessária para firmar o diagnóstico (2 casos, 1%) Tabela II.

Quanto à procedência verificamos na Tabela III que no grupo B há uma menor percentagem de pacientes procedentes de zonas rurais.

TABELA II
Meios de diagnósticos utilizados

Meio diagnóstico	Grupo A	Grupo B
Raios X	88 (66%)	161 (85%)
Endoscopia	3 (2,2%)	67 (35%)
Cirurgia	41 (31%)	2 (1%)
Autópsia	1 (0,8%)	—

TABELA III
Distribuição segundo a procedência

Procedência	Grupo A	Grupo B
Urbana	81 (61%)	134 (74%)
Rural	52 (39%)	55 (26%)

Os nossos dois casos de câncer gástrico precoce, pertenciam ao grupo B e eram provenientes de zona urbana. No grupo de pacientes provenientes de zona rural tivemos 79% dos casos EC III e IV, tanto no grupo A quanto B. Nos pacientes provenientes de zona urbana tivemos um acréscimo de diagnóstico de EC I e II de 17% para 28% Tabela IV.

TABELA IV
Correlação entre estágio clínico e procedência

EC	Grupo A		Grupo B	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Precoce	—	—	2 (1,5%)	—
I	6 (7%)	2 (4%)	15 (11%)	4 (7%)
II	8 (10%)	6 (12%)	21 (15,5%)	8 (14%)
III	21 (26%)	15 (35%)	27 (20%)	18 (33%)
IV	46 (57%)	26 (49%)	69 (52%)	25 (46%)

Em mulheres os índices de EC I e II passaram de 16% para 31%, nos casos mais recentes, enquanto que os homens passaram de 16% para 24,7%. Entretanto, o índice de EC IV permaneceu inalterado. (Tabela V).

TABELA V
Correlação entre estágio clínico e sexo

EC	Grupo A		Grupo B	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Precoce	—	—	1 (0,7%)	1 (2%)
I	5 (5%)	3 (7%)	9 (7%)	10 (18%)
II	10 (11%)	4 (9%)	23 (17%)	6 (11%)
III	24 (27%)	15 (35%)	33 (24,3%)	12 (22%)
IV	51 (57%)	21 (49%)	68 (51%)	26 (47%)

A duração das queixas desde o aparecimento do primeiro sintoma até o diagnóstico, é apresentada na Tabela VI, e mostra que os pacientes portadores de tumores Estádio I apresentam um tempo de queixas, tanto no grupo A quanto no B, nitidamente superior aos observados para os estádios mais avançados. Além disto o tempo médio de duração de queixas no grupo A é superior ao tempo médio no grupo B, para todos os estádios, exceto no EC II, onde o tempo médio foi igual.

TABELA VI
Correlação entre o tempo de queixas nos diferentes estádios

Estádios clínicos	Grupo A	Grupo B
	(em meses)	(em meses) precoce 107
EC I	58	38
EC II	9	9
EC III	22	13
EC IV	19	10
—	—	—

Considerando como atraso diagnóstico todo período superior a um mês, o doente foi o responsável pelo atraso em mais de 70% dos casos em ambos os grupos, com uma média de 15 e 13 meses nos grupos A e B respectivamente. O médico foi responsável por 11% dos atrasos em ambos os grupos, entretanto a média de atraso diminuiu de 27 para 12 meses do grupo A para B, respectivamente. Médico e paciente contribuíram com 4% dos atrasos no grupo A e 9% no grupo B. (Tabela VII e VIII).

TABELA VII
Porcentagem de atraso no diagnóstico

Responsável	Grupo A	Grupo B
Sem atraso	18 (13%)	14 (7%)
Doente	94 (72%)	137 (73%)
Médico	15 (11%)	20 (11%)
Ambos	6 (4%)	18 (9%)

TABELA VIII
Tempos médios de atraso no diagnóstico em meses

Responsável	Grupo A	Grupo B
Paciente	15	13
Médico	27	12

Discussão

Apesar do declínio da incidência de câncer gástrico desde 1930 (1,4,19,21), o seu prognóstico permanece ainda ruim, acometendo principalmente indivíduos em plena capacidade de produção (21).

Ainda que técnicas de preparo metabólico e anestesiologia e cuidados pós-operatórios tenham tido grandes avanços nas últimas décadas, o índice de ressecabilidade, e os resultados terapêuticos continuam praticamente imutáveis (3,8,15,17,21).

A experiência de vários centros tem mostrado que os tratamentos adjuvantes (químico, radio e/ou imunoterápico) têm oferecido pouca contribuição (1,5). Apenas o tratamento cirúrgico radical oferece resultados satisfatórios em relação a tempo e qualidade de sobrevida (3,15). A indicação do tratamento e os resultados relacionam-se com vários fatores (2,7,10), sendo um dos mais importantes o estadiamento da doença (1,6,20,21).

A experiência japonesa (16) e chilena (21) tem demonstrado a possibilidade de um aumento no número

mero de casos diagnosticados precocemente e um excelente índice de curabilidade nos pacientes beneficiados com este diagnóstico precoce.

Nestes últimos 20 anos houve grande progresso da endoscopia, graças principalmente ao aperfeiçoamento dos aparelhos, à maior difusão do método e melhor experiência dos examinadores. O diagnóstico de lesões gástricas precoces tem sido possível, com o estudo conjugado clínico-radiológico-endoscópico. Entretanto, não há benefícios trazidos pelos novos métodos diagnósticos em termos de população em geral, em nosso meio.

A análise de nossos resultados mostra que houve uma melhora de 11% quanto ao diagnóstico de lesões estadiadas como Estádio I e II, contudo o índice de diagnósticos de câncer gástrico precoce é ainda um fato de curiosidade científica em nossa casuística. Metade dos nossos casos ainda correspondem a lesões do Estádio IV.

Houve uma melhora no índice de diagnósticos pré-operatórios de 66 para 81%. Além disto, com o uso rotineiro da laparoscopia como método de estadiamento, diminuiu o número de laparotomias desnecessárias. Na experiência do grupo mais recente tivemos apenas dois casos em que o diagnóstico foi firmado durante a laparotomia. O primeiro caso tratava-se de um paciente com história crônica de dispepsia, com colecistograma oral positivo com cálculos, e à cirurgia diagnosticou-se adenocarcinoma gástrico com carcinomatose peritoneal. O segundo caso era o de uma paciente portadora de tumor ovariano, o qual à laparotomia diagnosticou-se tumor de Krukenberg, decorrente de um adenocarcinoma gástrico.

Os pacientes provenientes da zona urbana apresentaram uma melhora de 10% no índice de diagnósticos de EC I e II, enquanto que nos de zonas rurais permaneceu inalterado. Tal fato pode ser explicado pelo desenvolvimento de centros médicos urbanos em áreas onde existem condições comparáveis aos dos grandes centros. Os pacientes provenientes de zonas rurais que hoje recebemos, provêm de áreas em que este desenvolvimento técnico não ocorreu paralelamente ao das zonas urbanas.

A conclusão diagnóstica, com os meios disponíveis atualmente, pode ser feita em menos tempo, porém mais de 2/3 dos casos são do EC III e IV. A sintomatologia discreta e por longos períodos de tempo observada para os estádios iniciais, não podem ser atribuídos com segurança apenas ao processo neoplásico de evolução lenta, como também a lesões predisponentes associadas como a gastrite atrófica. Em um

dos nossos casos do grupo B, a paciente RN, que apresentava queixas de plenitude epigástrica há 96 meses, foi submetida à endoscopia e biópsia há 16 meses em outro serviço, cujo anátomopatológico revelou adenocarcinoma gástrico; o tratamento foi postergado por recusa da paciente. Após estes 16 meses ainda tratava-se de um estágio clínico I. Por outro lado, o paciente ROCS, não apresentava sintomatologia sugestiva de câncer gástrico; levado à laparotomia para exploração de vias biliares, constatou-se adenocarcinoma gástrico com carcinomatose peritoneal.

O médico e o doente ainda contribuem significativamente para o atraso no diagnóstico. Em nosso meio é difícil estabelecerem-se programas de diagnóstico precoce em massa para o câncer gástrico, mesmo aos pacientes de alto risco. Desta forma os recentes avanços propedêuticos continuarão a se desenvolver apenas como armas de diagnóstico. Por isto julgamos que o valor da endoscopia não reside naqueles casos em que indubitavelmente o paciente é portador de uma neoplasia gástrica pelos achados clínicos e radiológicos, mas sim para aqueles em que permanece a dúvida diagnóstica, com dados clínicos muitas vezes vagos e incompletos. A possibilidade de um câncer gástrico sempre presente nos casos de sintomatologia mínima, radiologia normal ou duvidosa, é a grande indicação do estudo endoscópico.

Outro fator de grande importância é que o paciente continua em mais de 70% dos casos a procurar tardiamente o atendimento médico; portanto o benefício conseguido com o desenvolvimento da propedêutica resume-se aos 30% restantes. Torna-se, portanto, necessário e urgente o desenvolvimento de campanhas educativas, alertando sobre os principais sinais de alarma e a necessidade de exames médicos periódicos.

SUMMARY

Two groups of patients with adenocarcinoma of stomach treated by the Abdominal Surgery Department of Fundação Antônio Prudente were analysed: 133 patients during the period of 1966 to 1969 and 189 patients during the period of 1975 to 1978. Stage, propedeutical methods used, time comprising first symptoms, first medical appointment up to diagnosis are also considered. The two groups were compared.

C

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRÃO, A. & POSSIK, R. A. — Neoplasias malignas do aparelho digestivo. In: GUIMARÃES, R. X. & VILELA, M. P. Gastroenterologia São Paulo, Sarvier, 1979, p. 143.
2. BARBER, K. W.; GAGE, R. P. & PRIESTLEY, J. T. — Significance of duration of symptoms and size of lesion in the prognosis of gastric carcinoma. Surg. Gynecol. Obst. 113: 673, 1961.
3. CLARKE, J. S. et al. — The natural history and results of surgical therapy for carcinoma of the stomach. Amer. J. Surg. 102: 143, 1961.
4. CRUMB, C. K.; WILLETTS, P. F. & STEPHENSON, H. E. — Gastric cancer: a decrescent malignancy. Surgery, 68: 277, 1970.
5. DAVIS, M. L.; RAMIREZ, G. & ANSFELD, F. J. — Adenocarcinomas of stomach, pancreas, liver and biliary tracts: survival of 328 patients treated with fluoropyrimidine therapy. Cancer, 33: 193, 1974.
6. DUPONT, J. B. et al — Adenocarcinoma of the stomach: review of 1497 cases. Cancer, 41: 941, 1978.
7. EILBER, F. R.; NIZZE, J. A. & MORTON, D. L. — Sequential evaluation of general immune competence in cancer patients; correlation with clinical course. Cancer, 35: 660, 1975.
8. GILBERSTEN, U. A. — Results of treatment of stomach cancer. Cancer, 23: 1305, 1969.
9. HAKKINEN, I. & VIKARI, S. — Occurrence of fetal sulphoglycoprotein antigen in the gastric juice of patients with gastric disease. An. Surg., 1969: 277, 1969.
10. HOERR, S. O.; HAZARD, J. B. & BAILEY, O. — Prognosis in carcinoma of the stomach in relation to the microscopic type. Surg. Gynecol. Obst. 12: 485, 1966.
11. HUMPHREY, E. W. et al. — The long term survival of patients with visceral carcinoma. Surg. Gynecol. Obst. 149: 385, 1979.
12. IMAI, T.; KUBO, T. & WATANABE, H. — Chronic gastritis in japonese with reference to high incidence of gastric carcinoma. J. Nat. Cancer Inst. 47: 179, 1971.
13. KENNEDY, B. J. — TNM Classification for stomach cancer. Cancer 26: 971, 1970.
14. LUMPKIM, W. M. et al. — Carcinoma of the stomach. Ann. Surg. 159: 919, 1964.
15. MEYER, K. A.; ROSI, P. & KOZOLL, D. D. — Total gastrectomy. Surg. Clin. North Amer. 285, 1951.
16. MURAKAMI, T. — Early gastric cancer. University Park Press. Tokyo, 1972.
17. MUTO, M. et al. — Improvement in the results of surgical treatment of gastric cancer. Surgery, 63: 229, 1968.
18. NADLER, S. H. & CABRERA, A. — Gastric carcinoma. Surgery, 56: 334, 1964.
19. REGISTRO DE CANCER DE SÃO PAULO — Incidência do câncer no Município de São Paulo — 1969. Divisão Nacional de Câncer — Brasil, 1975.
20. SOJO, E. et al — Neoplasma gástrico superficial. Cir. Uruguay 49: 269, 1979.
21. STRAUZER, T. & CSENDES, A. — Cancer gástrico. Santiago Organización Mundial de la Salud, 1975.
22. YAMADA, T. & TCHIKAWA, H. — X-Ray diagnosis of elevated lesions of the stomach. Radiology, 110: 79, 1974.
23. YOSHIMURA, M. et al. — Relationship between early advanced gastric cancers. Jap. J. Clin. Oncol. 8: 3, 1978.