

INTRODUÇÃO

As neoplasias do estômago podem ser benignas ou malignas. Dentre as benignas, os tipos encontrados podem ser epiteliais (pólipos) ou não. Os pólipos representam 80-95% das lesões benignas, podendo ser de glândulas fúndicas (50%), pólipos hiperplásicos (40%) ou adenomatosos (10%). Lesões não epiteliais são representadas por leiomioma e lipoma entre outros. As neoplasias malignas são representadas 90-95% por adenocarcinomas, 2-4% linfomas, 1-3% GIST/leiomiossarcoma, e outros como o TNE/tumor carcinóide.

OBJETIVO

Apresentar revisão da literatura sobre a propedêutica do câncer gástrico.

DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

O câncer gástrico pode se manifestar de formas variadas: assintomática, ser um falso assintomático por uso de IBP ou sintomático. Os sintomas, quando surgem, são inespecíficos como epigastralgia.

Em estágio inicial, o exame físico pode não conter alterações ou nota-se emagrecimento, anemia, dor à palpação abdominal, massa abdominal palpável, hepatomegalia, linfonodomegalia, icterícia e ascite. No caso de doença avançada, deve-se investigar o Sinal de Virchow ou Troisier (linfonodomegalia em fossa supraclavicular esquerda), Sinal de irmã Maria José (nódulo umbilical), Tumor de Krukenberg (câncer de ovário originado de câncer gastrointestinal) e Sinal da Prateleira de Blumer (metastização peritoneal no fundo de saco de Douglas).

O principal exame complementar é a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que deve ser indicada a partir dos 40 a 50 anos em indivíduos sem sintomas, sintomáticos ou que apresentem sinais de alerta. A endoscopia nos permite classificar o câncer gástrico macroscopicamente, com a classificação de Borrmann (I- lesão protrusa, II- ulcerada, III- ulceroinfiltrativa e IV- infiltrativa difusa / linite plástica).

A EDA deve ser associada à biópsia para a análise microscópica. O número de fragmentos biopsiados acima de 6, resulta em sensibilidade de até 99%.

Vale destacar que 16% dos pacientes com Câncer Gástrico tiveram biópsias negativas para malignidade na avaliação endoscópica inicial.

Microscopicamente, a análise é feita a partir do anatomopatológico e classificação de Lauren.

Ao analisar a biópsia podemos classificar o câncer gástrico em tipo intestinal ou tipo difuso. O mais comum no Brasil é o subtipo intestinal, geralmente acomete o sexo masculino, na região de antro, a idade mais comum é dos 55-60 anos, apresentam tendência em se organizar em formações glandulares bem diferenciadas e podem sofrer disseminação hematogênica. Já o subtipo difuso, geralmente acomete fundo gástrico ou cardia em mulheres de 40-48 anos, é pouco diferenciado com pior prognóstico e difunde-se por contiguidade ou de forma linfática.



Imagens de Endoscopia Digestiva Alta evidenciando lesões gástricas. Foram realizadas 8 biópsias e o exame anatomopatológico confirmou Adenocarcinoma Gástrico.

CONCLUSÃO

O Gastroclínico ou o Cirurgião podem conduzir os casos de câncer gástrico, otimizar o diagnóstico mais precocemente, bem como estadiar o paciente e encaminhar ao Oncologista e/ou Cirurgião habilitado, proporcionando celeridade ao tratamento. O Endoscopista auxilia no diagnóstico do câncer gástrico, através de biópsias adequadas em número e local.

REFERÊNCIAS

