Revisão de Temas

PO - (UM17-1210) - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO... A LITERATURA

Rita Oliveira[1]; Ana Lima[2]; Sara Rocha[1]; Diana Ferreira[1]; Ana Cunha[2]

1 - UCSP CHAVES IB; 2 - UCSP CHAVES S.NEUTEL

O cancro gástrico é o 4º cancro mais frequente a nível mundial e continua a representar uma das piores sobrevivências aos 5 anos para doença oncológica. Em alguns países, caso de Portugal, existem variações regionais que enfatizam as diferenças nos fatores físicos, biológicos, sociais e ambientais envolvidos na patogénese do cancro gástrico.

Revisão sistemática sobre atualizações referentes ao cancro gástrico. Pesquisa de normas de orientaçºao clinica, guidelines, e artigos publicados na PubMed, Cochrane, usando os descritores " adenocarcinoma", "cancro gástrico", nos últimos 5 anos.

O desenvolvimento de cancro gástrico é um processo complexo que envolve fatores ambientais, a suscetibilidade do hospedeiro e uma infeção bacteriana ou vírica. Os fatores de risco incluem: sexo masculino, história familiar, alimentos fumados, dietas ricas em sal e nitratos, alguns químicos exógenos, síntese intragástrica de carcinogéneos, agentes infeciosos (*Helicobacter pylor*i, VEB), condições patológicas do estômago (gastrite atrófica, metaplasia intestinal), adenomas gástricos, poliposes, gastrectomia parcial prévia e doença de Menetrier. Aspirina, frutas frescas, vegetais e vitamina C parecem ser protetores. Numerosos estudos apontam o tabaco como um facto de risco para cancro gástrico, presente em cerca de 11% dos casos. O papel do álcool na génese do cancro do estômago não foi comprovado. O cancro gástrico, habitualmente, não se torna sintomático até que haja doença extensa. Perda de peso, náuseas, vómitos, anorexia e fadiga são as principais manifestações. A endoscopia é modalidades de eleição para a deteção do cancro gástrico. Os níveis séricos de CEA e CA 19-9 encontram-se elevados em doentes com cancro gástrico avançado, no entanto, apenas 1/3 dos doentes têm níveis anormais. Devido à sua baixa especificidade e sensibilidade, estes marcadores não têm qualquer papel no rastreio. Uma vez estabelecido o diagnóstico de cancro gástrico, a TAC fornece informação acerca do tumor primário, deteta linfadenopatias e avalia a invasão das estruturas adjacentes. A cirurgia representa a modalidade terapêutica de eleição. Vários fatores determinam a extensão da ressecção gástrica nos doentes com cancro potencialmente curável: estádio tumoral, tipo histológico, localização do tumor, drenagem ganglionar, morbilidade operatória e função gastrointestinal a longo prazo. Nos países ocidentais, a variante difusa representa cerca de 70% dos tumores enquanto a variante intestinal é responsável pelos restantes 30%. Os tumores do tipo intestinal revelam a progressão clássica que é despertada pela exposição ambiental, resulta numa gastrite atrófica superficial, progride para metaplasia intestinal, displasia e, finalmente, cancro. O tipo difuso acomete igualmente ambos os sexos, com idade média em torno dos 50 anos, não apresenta relação nítida com gastrite crónica e metaplasia intestinal e é formado por células isoladas, com tendência a produzir e acumular muco intracelular. Não há evidência que um seguimento intensivo aumente a sobrevivência global. A maioria das recorrências ocorre nos primeiros 3 anos de seguimento após cirurgia. O seguimento deverá permitir a investigação e o tratamento de sintomas, quer os relacionados com as sequelas dos tratamentos efetuados, quer os relacionados com a eventual doença recorrente, devendo ser efetuada antes de uma degradação significativa do estado clínico.