

## PERFIL DOS CASOS DE CÂNCER GÁSTRICO EM OPERADOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE.

### *PROFILE OF GASTRIC CANCER CASES IN OPERATED PATIENTS IN THE EMERGENCY OF EVANGELICAL MACKENZIE UNIVERSITY HOSPITAL.*

Eduardo Hikari **OUTUKY**<sup>1</sup>, Bruno Franco **DALABONA**<sup>2</sup>, José Anderson **FEITOZA**<sup>3</sup>.

Rev. Méd. Paraná/1564

Outuky EH, Dalabona BF, Feitoza JA. Perfil dos casos de câncer gástrico em operados na emergência do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2020;78(2):28-32.

**RESUMO** - O câncer gástrico está entre as neoplasias mais prevalentes mundialmente com alta taxa de mortalidade. Uma dificuldade no seu combate é o diagnóstico tardio. Este estudo analisou o perfil dos pacientes com câncer gástrico avançado operados na emergência. Método: estudo transversal-observacional retrospectivo pela coleta de dados de pacientes com câncer gástrico avançado no setor de emergência do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, entre janeiro de 2016 e junho de 2019. Resultados: foram 58 pacientes, representados majoritariamente por indivíduos do sexo masculino (60%) e brancos (79%). A idade média foi de 62,8 anos (variação de 48-78 anos). Principais sinais: hemorragia digestiva (34,4%) e síndrome pilórica (24,1%). O adenocarcinoma prevaleceu (87,9%), sendo 72,5% do tipo difuso. No sexo feminino, o difuso prevaleceu (90,9%). A mortalidade foi de 62%, estando associada principalmente ao tipo difuso. Conclusão: o câncer gástrico avançado apresenta alta morbimortalidade, sendo necessários métodos de rastreamento populacional para diagnóstico precoce da doença.

**DESCRITORES** - Câncer gástrico, Emergência, Adenocarcinomas.

### INTRODUÇÃO

Tem sido descrito que o câncer gástrico apresenta elevada incidência na população mundial com altas taxas de mortalidade. Os primeiros passos para o combate ao câncer no Brasil, porém, começaram no início do século 20, com enfoque apenas no diagnóstico e tratamento, sendo que a prevenção era pouco enfatizada devido à falta de estudos e conhecimento das etiologias prováveis dessa patologia.

No Brasil, o câncer gástrico é o quarto tumor maligno mais prevalente entre homens e o sexto em mulheres <sup>[1]</sup>, sendo que a mortalidade dessa doença está em segundo lugar atrás somente do câncer de pulmão <sup>[2]</sup>. Dentre os fatores de risco, as causas são variadas, aliando fatores ambientais e hereditários, além de hábitos alimentares inadequados, tabagismo, ocupação, exposição à radiação e/ou a agentes

químicos <sup>[3]</sup>.

O grande problema relacionado a essa neoplasia, porém, é o seu diagnóstico em fases mais avançadas da doença, sendo que os tratamentos nas fases iniciais apresentam maiores taxas de sucesso <sup>[4]</sup>. Seja pela falta de sintomas ou pela dificuldade no diagnóstico precoce, a taxa de sobrevivência dos pacientes ainda é muito baixa <sup>[5]</sup>, sendo que o sangramento e a obstrução são sinais de doença avançada com piora na taxa de morbimortalidade.

### MÉTODOS

Caracteriza-se como um estudo transversal-observacional retrospectivo com análise dos dados de prontuários dos pacientes admitidos no serviço de endoscopia digestiva alta (EDA), atendidos no serviço de emergência, no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie (HUEM), durante um período de

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie.

1 - Aluno de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.

2 - Aluno de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.

3 - Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo e Endoscopista pelo Hospital Universitário Evangélico Mackenzie.

42 meses (1 de janeiro de 2016 ao dia 30 de junho de 2019). Foram avaliados 58 prontuários de pacientes com câncer gástrico diagnosticados pelo serviço de EDA, com a finalidade de traçar um perfil epidemiológico entre os pacientes com câncer de estômago avançado, além de verificar variáveis que influenciem na mortalidade dessa doença.

Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de câncer gástrico no serviço de EDA do HUEM, admitidos na emergência, além de pacientes que já acompanham essa neoplasia com seguimento no setor de EDA do HUEM. Foram analisadas as variáveis sexo, idade, etnia, hipoalbuminemia, anemia, óbito, perda ponderal, adenocarcinoma, tipo difuso e tipo intestinal pela classificação de Lauren, obstrução, sangramento e a presença ou não de história mórbida familiar. Foram feitas análises correlacionando essas variáveis entre si também. Os dados foram coletados através de prontuários médicos, laudos dos exames endoscópicos e análise anatomopatológica das biópsias coletadas.

Foram excluídos desse estudo pacientes com outras neoplasias gastrointestinais corroborando com sinais obstrutivos (câncer de cabeça de pâncreas, câncer neuroendócrino, carcinomatose, etc), pacientes que já acompanhavam por neoplasia gástrica em outros serviços médicos e pacientes com história de cirurgia gástrica prévia por câncer.

Os dados coletados foram planilhados com auxílio do programa Excel. As análises estatísticas foram feitas com o auxílio do programa GraphPadPrism 5.0. As variáveis contínuas foram expressas como média  $\pm$  desvio-padrão e comparadas com os testes t de Student e Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e comparadas com o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado. Valores de p menores que 0,05 (5%) foram considerados estatisticamente significativos.

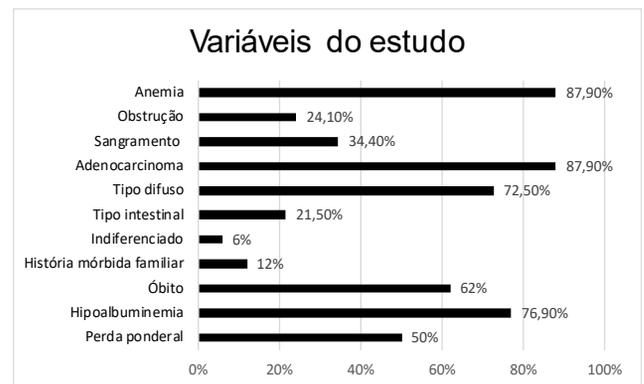
## RESULTADOS

Entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de junho de 2019, 58 pacientes foram operados na emergência do HUEM por neoplasia maligna de estômago (CID 10 – C16). Dentre esses, aproximadamente 60% (35) eram do sexo masculino e 40% (23) do feminino, gerando uma proporção entre homens e mulheres de 3:2. Dentro da variável etnia, 79% eram eurodescendentes, 19% afrodescendentes e 2% asiáticos.

Analisando as variáveis do estudo, aproximadamente 50% dos pacientes referiam história de perda ponderal no momento do internamento, 76,9% tinham hipoalbuminemia e 88% apresentavam anemia. Apenas 12% dos pacientes tinham referenciada sua história mórbida familiar nos prontuários. Quanto ao tipo histológico, 87,9% eram adenocarcinomas, sendo que 72,5% do tipo difuso de Lauren (37 dos 51 pacientes com adenocarcinoma) e 21,5% do tipo intestinal (os outros 6% ou 3 de 51 pacientes foram classificados como indi-

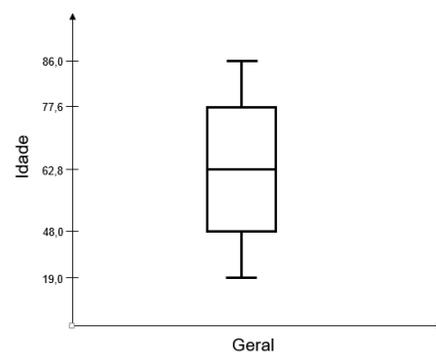
ferenciados). Quanto aos sintomas de doença avançada, 34,4% tinham história ou apresentavam sangramento na admissão e 24,1% tinham sintomas obstrutivos. Todos os pacientes foram submetidos à procedimento cirúrgico com uma taxa de mortalidade de 62%, conforme o gráfico 1. Dentro das variáveis da história mórbida familiar (HMF) e hipoalbuminemia, é importante ressaltar que apenas 12% ou 7 pacientes de 58 tinham a HMF informada nos prontuários e apenas 26 pacientes de 58 apresentavam o nível de albumina informado, sendo que 20 desses apresentavam hipoalbuminemia (76,9%).

FIGURA 1: GRÁFICO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO DE CÂNCER GÁSTRICO.



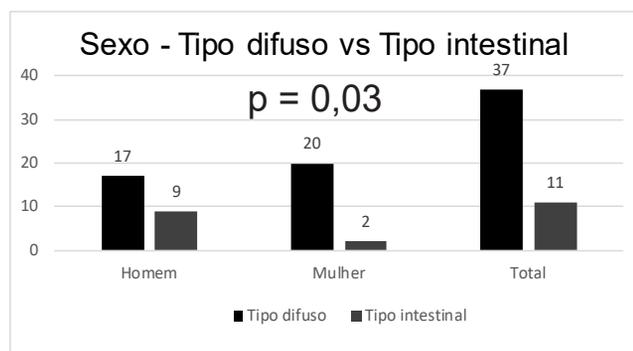
Em relação à faixa etária geral dos pacientes com câncer gástrico, os dados podem ser visualizados no gráfico 2. A idade média foi de  $62,8 \pm 14,8$  anos com um intervalo de 19 a 86 anos.

FIGURA 2: GRÁFICO DA DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES COM CÂNCER GÁSTRICO.



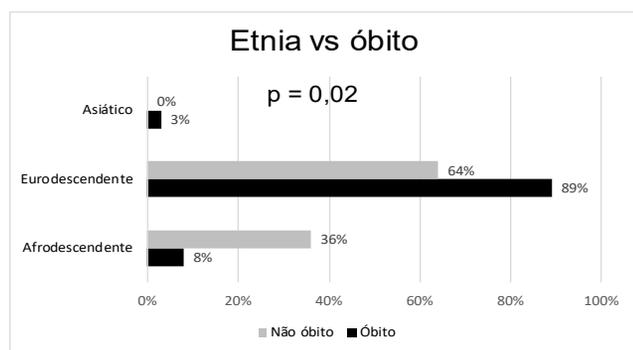
Os tipos difuso e intestinal de Lauren foram comparados ao sexo dos pacientes, havendo uma prevalência do tipo difuso (37 pacientes de 51) sobre o intestinal (11 de 51) em ambos os sexos (os outros 3 pacientes restantes foram encaixados na classificação de adenocarcinomas indiferenciados). Vemos que apenas 2 pacientes do sexo feminino possuíam o tipo intestinal e 20 o tipo difuso. Nos homens, 17 do tipo difuso e 9 do tipo intestinal. Portanto, concluímos que o sexo influenciou significativamente ( $p = 0,03$ ) com o tipo de adenocarcinoma que o paciente tinha (difuso ou intestinal) como visto no gráfico 3.

FIGURA 3: GRÁFICO DA RELAÇÃO DO SEXO COM TIPOS DIFUSO E INTESTINAL.



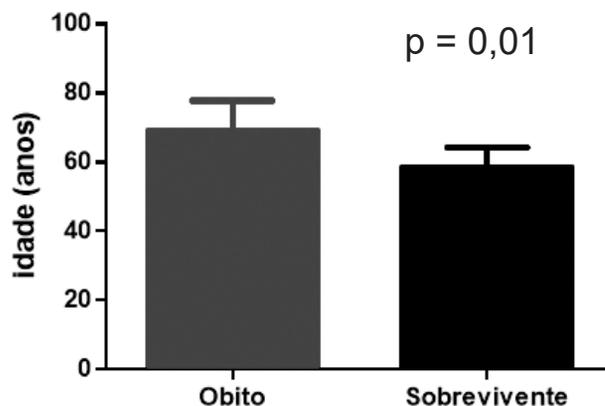
O óbito foi comparado com todas as variáveis do estudo, sendo relevante apenas na etnia e na idade. Dentro da etnia, os afrodescendentes tiveram uma taxa de 8% dos óbitos (3 de 36 pacientes que foram à óbito) e 36% sem óbito (8 de 22 pacientes que não foram à óbito). Nos eurodescendentes, a taxa de óbitos foi de 89% (32 de 36) e não óbito 64% (14 de 22). Os asiáticos tiveram uma participação de 3% na taxa de óbitos (1 de 36) e nenhuma participação na taxa de sobreviventes. Portanto, a etnia influenciou significativamente ( $p = 0,02$ ) na taxa de óbito ou sobrevivência dos pacientes como mostra o gráfico 4.

FIGURA 4: GRÁFICO DA RELAÇÃO ETNIA COM A TAXA DE ÓBITO E DE SOBREVIVÊNCIA.



A idade também influenciou significativamente ( $p = 0,01$ ) na taxa de óbito ou sobrevivência dos pacientes do estudo. Tivemos uma mediana de 69 anos com uma variação de média de 56,5-77,7 anos entre uma faixa de idade de 19-86 anos. Na taxa de sobrevivência, tivemos uma mediana de 58,5 anos com uma variação de média de 46,2-64,2 anos dentro de uma faixa de idade de 30-85 anos como pode ser visualizado no gráfico 5. Todas as outras variáveis do estudo não influenciaram significativamente na taxa de óbito ou sobrevivência (todas tiveram um  $p$  maior que 0,05).

FIGURA 5: GRÁFICO DA COPARAÇÃO IDADE COM A TAXA DE ÓBITO E DE SOBREVIVÊNCIA.



### DISCUSSÃO

O presente estudo relata uma experiência do câncer gástrico no HUEM em três anos e meio. Foi possível identificar 58 pacientes com essa patologia nesse período com uma idade média de 62,8 anos, havendo predomínio do sexo masculino. Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia (gastrectomias parciais ou totais), sendo detectada uma taxa de óbito de 62% o que demonstra a agressividade e alta mortalidade dessa neoplasia maligna. A análise do perfil dos pacientes aliado às relações de óbito e às variáveis desse estudo podem ajudar na pesquisa e diagnóstico precoce dessa patologia.

Em relação à idade dos pacientes com câncer gástrico há um acometimento de pessoas com mais de 50 anos em 65% dos casos, havendo um pico de incidência da patologia aos 70 anos, conforme corrobora o Instituto Nacional de Câncer (INCA) [1]. Os dados coletados confirmam essa informação, pois obtivemos uma média de idade de 62,8 anos tendo uma variação de 48-77,6 anos dentro de um intervalo de 19-86 anos, ou seja, a neoplasia maligna de estômago atinge mais pessoas de meia idade para cima.

A etnia dos pacientes com câncer gástrico também é relevante, pois aproximadamente 79% dos pacientes são eurodescendentes, 19% afrodescendentes e 2% asiáticos. Essa informação é demonstrada também no estudo de Silva e colaboradores [6] que afirma o maior acometimento de brancos (77%), seguido de afrodescendentes (20%) e asiáticos (3%).

O sexo dos pacientes comparado com essa neoplasia maligna traz dois estudos realizados por Wachtel et al em 2006 [7] e outro por Arregi MMU et al em 2009 [8], que mostram que indivíduos do sexo masculino tem mais chance de desenvolver tumores malignos de estômago quando comparados com indivíduos do sexo feminino. O primeiro estudo apresentou uma relação de prevalência de 1,5-2,53 entre homens e mulheres, enquanto no segundo estudo a proporção foi de 1,73 entre homens e mulheres. No presente estudo, 60% (35) eram do sexo masculino, ao passo que 40% (23)

eram do sexo feminino, obtendo uma proporção de 1,5 entre homens e mulheres. A relação entre as variáveis comparáveis corresponde ao que se é descrito na literatura, tendo, portanto, relevância estatística epidemiológica para a prevalência do câncer entre os sexos.

A história mórbida familiar também se mostra importante para com o câncer gástrico, pois ela é um fator de risco expressivo, podendo elevar em até cinco vezes o risco de neoplasia gástrica, se presente<sup>[9]</sup>. A história familiar estava informada em apenas 7 dos 58 pacientes (12% aproximadamente) dos casos analisados, o que mostra uma negligência com essa variável que é de suma importância para um possível diagnóstico de câncer do estômago. Essa informação, se presente, poderia ajudar a estratificar riscos para a doença mesmo antes do aparecimento dos sintomas, os quais são brandos no início da doença, sendo um fator de relevância para o diagnóstico precoce.

A obstrução e o sangramento são outros fatores clínicos importantes, pois revelam um estágio já avançado da doença. Os tumores estromais gastrointestinais têm comumente as manifestações clínicas de sangramento (86%) e anemia (80%), sendo que maioria dos pacientes com esse tipo de tumor são admitidos na emergência já em protocolo de hemorragia digestiva alta<sup>[10]</sup>. A obstrução luminal no câncer gástrico, por outro lado, vem acompanhada de náuseas, vômitos, má nutrição, perda ponderal e de apetite, revelando um pior prognóstico para o paciente<sup>[11]</sup>. Na pesquisa foi observada uma taxa de 34,4% de pacientes com sangramento e 24,1% com obstrução, demonstrando que esses parâmetros são frequentes em pacientes que foram indicados para o tratamento cirúrgico de emergência (ocorrem em 58,5% dos casos), além de continuarem sendo expressivos para o nível de progressão da doença (a presença desses sinais garante um estadió evoluído da doença).

O adenocarcinoma gástrico representa 90% a 95% das neoplasias gástricas, podendo ocorrer em dois tipos principais: intestinal e difuso, segundo a classificação proposta por Lauren<sup>[12]</sup>. No estudo realizado, no HUEM, a prevalência do adenocarcinoma gástrico refletiu aproximadamente o que foi mostrado em tal estudo, pois a taxa de adenocarcinomas foi de 87,9% do total de casos.

Comparando-se os tipos difuso e intestinal do adenocarcinoma com os sexos, o estudo realizado por Arregi MMU et al em 2009<sup>[8]</sup>, descreveu que os casos de adenocarcinoma do tipo intestinal (121) foram mais frequentes em homens, correspondendo a 66,9% dos casos, enquanto nas mulheres corresponderam a 33,1% dos casos. Já os casos de adenocarcinoma do tipo difuso (84) se mostraram mais prevalentes no sexo feminino, correspondendo a 51,7%, ao passo que no sexo masculino ocorreram em 48,3% dos casos. No estudo realizado, foram identificados 51 casos de adenocarcinoma, sendo 11 do tipo intestinal, 37 do tipo difuso e 3 indiferenciados. A prevalência do tipo intestinal no sexo feminino foi de 9,1%, contra 90,9% do tipo difu-

so, ao passo que a prevalência do tipo intestinal e do difuso no sexo masculino foram 34,6% e 65,4%, respectivamente. No grupo estudado na pesquisa, a diferença estatística entre as variáveis sexo com tipo difuso e intestinal foi relevante, visto que o  $p=0,03$ . No entanto, não corresponde às mesmas análises estatísticas descritas no estudo de Arregi MMU et al<sup>[8]</sup>.

O óbito nos pacientes com câncer gástrico é outra variável de extrema importância. Encontrou-se uma taxa de mortalidade de 62% e uma taxa de sobrevivência de 38%. Na pesquisa de Bustamante-Teixeira et al., 2006<sup>[13]</sup>, a taxa de mortalidade foi de 68% e a de sobrevivência de 32%, corroborando aproximadamente com a nossa estatística.

A pesquisa também relaciona a idade com o óbito, influenciando significativamente ( $p = 0,01$ ) as variáveis, ou seja, a idade interfere significativamente na taxa de óbitos dos pacientes, sendo que observamos uma mediana maior (69 anos) nos pacientes que foram a óbito que nos sobreviventes (58,5 anos). Isso nos mostra que quanto maior a idade do paciente, maior é a taxa de óbito. Essa informação é ratificada no estudo de Bustamante-Teixeira et al., 2006<sup>[13]</sup>, em que o risco relativo de morte em pacientes entre 45-54 anos é de 0,66, enquanto nos acima de 74 anos é de 1,36.

A relação entre a origem étnica dos pacientes e a incidência de casos de câncer de estômago no HUEM, por último, mostrou-se relevante, visto que houve uma prevalência do aparecimento da doença em eurodescendentes (79%), fato que é validado pela literatura, em que se tem uma prevalência de aproximadamente 77% de câncer gástrico em pacientes brancos, como é abordado no estudo de Silva e colaboradores<sup>[6]</sup>. A partir deste dado epidemiológico, foi abordada a correlação entre a taxa de óbito com a origem racial dos pacientes, que resultou em uma taxa de 8% em afrodescendentes (3 de 36 pacientes que foram a óbito), 89% em caucasianos (32 de 36) e 3% dos asiáticos (1 de 36), demonstrando relevância significativa entre as variáveis, visto que  $p=0,02$ . Apesar de não terem sido obtidos dados na literatura que pudessem reiterar o estudo, pode-se concluir que a taxa de óbito é predominante em brancos visto que há uma maior prevalência do câncer de estômago nesse grupo.

## CONCLUSÃO

Por conseguinte, a pesquisa realizada demonstrou que o câncer gástrico continua sendo um desafio para a saúde mundial. Seja pela carência de sinais e sintomas no início da doença, seja pelo difícil rastreamento dessa doença precocemente, essa neoplasia maligna continua com uma alta taxa de mortalidade e uma elevada necessidade de cirurgias corretivas devido a um diagnóstico tardio já com uma condição clínica grave. Mostra-se, portanto, importante levar em conta preditores de gravidade para uma melhor abordagem dessa neoplasia maligna, além de métodos de rastreamento populacional

com políticas públicas associada à difusão da informação na comunidade, visando aumentar a detecção de câncer gástrico precoce e a sobrevida dos pacientes.

Outuky EH, Dalabona BF, Feitoza JA. Profile of gastric cancer cases in operated patients in the emergency of Evangelical Mackenzie University Hospital. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2020;78(2):28-32.

**ABSTRACT** - Gastric cancer is among the most prevalent neoplasms worldwide, with a high mortality rate. Among the difficulties in combating this neoplasm, its late diagnosis stands out. This study sought to analyze the profile of patients with advanced gastric cancer operated in the emergency. Method: retrospective cross-observational study of data collection of patients admitted with advanced gastric cancer in the emergency of Evangelical Mackenzie University Hospital, between January 2016 and June 2019. Results: Fifty-eight patients were selected, represented mainly by the male sex (60%) and white (79%). The average age was 62,8 years (range 48-78 years). The main signs were digestive hemorrhage (34,4%) and pyloric syndrome (24,1%). Adenocarcinoma prevailed (87,9%), with 72,5% of the diffuse type. In females, diffuse prevalence prevailed (90,9%). Mortality was 62%, being mainly associated with the diffuse type. Conclusion: advanced gastric cancer has a high morbidity and mortality, requiring methods of population screening for early diagnosis of the disease.

**KEYWORDS** - Gastric cancer, Emergency, Adenocarcinomas.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Portal do INCA. Rio de Janeiro. Acesso em 30 de setembro de 2019. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf).
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2010;60(5):277-300.
3. Gomes-Carneiro MR, Ribeiro-Pinto LF, Paumgarten FJR. Fatores de risco ambientais para o câncer gástrico: a visão do toxicologista. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13:S27-38.
4. Toneto MG, de Andrade Sehn A, Lisot BC, Lopes MHI. History of gastric cancer treatment: the pioneers, early misconceptions and the current guidelines [Abstract in English]. *Scientia Medica*. 2012;22(4):216-23.
5. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LG, Kassab P, Jacob CE, Weston AC, et al. Consenso brasileiro sobre câncer gástrico: diretrizes para o câncer gástrico no Brasil. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2013;26(1):2-6.
6. da Silva RMB, de Freitas RR, Rocha TS. Perfil dos Pacientes com Câncer Gástrico Atendidos no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence no Período de 2007 a 2012/Profile of Gastric Cancer Patients Treated in Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence Between the Period from 2007. *Revista Ciências em Saúde*. 2016;6(1):25-42.
7. Wachtel MS, Zhang Y, Chiriva-Internati M, Frezza EE. Different regression equations relate age to the incidence of Lauren types 1 and 2 stomach cancer in the SEER database: these equations are unaffected by sex or race. *BMC cancer*. 2006;6(1):65.
8. Arregi MMU, Ferrer DP, Assis EC, Paiva FD, Sobral LB, André NF, et al. Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período de 2000-2004. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(2):121-8.
9. Gomes DBD. Câncer de estômago (publicação na web); 2018 acesso em: 01 de abril de 2019. Disponível em: <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/cancer-gastrico>.
10. Arroyo-Martínez L, Álvarez-Pertuz H, Acuña-Calvo J. Tumor gástrico estromal como causa de sangrado digestivo. *Acta Médica Costarricense*. 2006;48(3):131-4.
11. Abdel-lah-Fernández O, Parreño-Manchado FC, García-Plaza A, Álvarez-Delgado A. Partial stomach partitioning gastrojejunostomy in the treatment of the malignant gastric outlet obstruction. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*. 2015;83(5):386-92.
12. Lemes LA, Neunschwander LC, Matta LA, Osório Filho J, Soares PCM, Cabral MMD, et al. Carcinoma gástrico: análise sistemática de 289 gastrectomias consecutivas em Belo Horizonte (MG). *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. 2003;39(1):57-65.
13. Bustamante-Teixeira MT, Faerstein E, Mariotto Á, Britto AV de, Moreira Filho D de C, Latorre M do RD de O. Sobrevida em pacientes com câncer gástrico em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22:1611-8.