

# Câncer Gástrico

Chiara Beletato

# Câncer gástrico

- Fatores de Risco
  - H. pylori
  - Anemia perniciosa
  - Cirurgia úlcera péptica
  - Nitrosaminas
  - Tabagismo
  - Baixo nível socioeconômico
  - Sexo masculino

# Câncer Gástrico

- Manifestações Clínicas

- perda ponderal
- Dor abdominal
- Saciedade precoce
- Vômitos
- Anemia

- Prateleiras de Blummer
- Tumor de Krukenberg
- Linfonodo da Irma Maria José
- Linfonodo de virchow
- Linfonodo de irish

# Câncer Gástrico

- Síndromes Paraneoplásicas
  - Acanthose nigrans

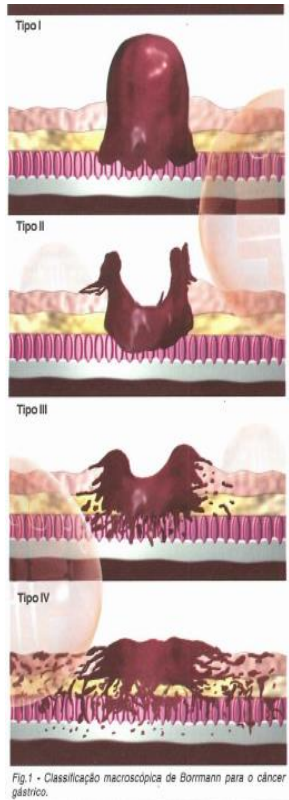


# Câncer Gástrico

- Diagnóstico
  - EDA + biópsia – histopatologia

# Classificações

- Borrmann ( macro)



polipoide  
( não ulcerado)

ulcerado  
( bordos nítidos)

ulcero/ infiltrativo  
( bordos não nítidos)

infiltrante  
( linite plástica)

- Lauren ( micro)

Intestinal	Difuso
Homem	Mulher
Esporádico	Hereditário
Idoso	jovem
FR clássico ( h.p. gastrite atrófica)	Sangue tipo A
Diferenciado	Indiferenciado
Bom prognóstico	Mau prognóstico

# Classificação Macroscópica

## **Câncer gástrico avançado** Classificação de Borrmann

A apresentação macroscópica do câncer gástrico avançado é bastante variável. A classificação de Borrmann é a mais utilizada entre os endoscopistas.

**Borrmann I**  
Lesão polipóide ou vegetante, bem delimitada.



**Borrmann II**  
Lesão ulcerada, bem delimitada, de bordas elevadas.



**Borrmann III**  
Lesão ulcerada, infiltrativa em parte ou em todas as suas bordas.



**Borrmann IV**  
Lesão difusamente infiltrativa, não se notando limite entre o tumor e a mucosa normal.

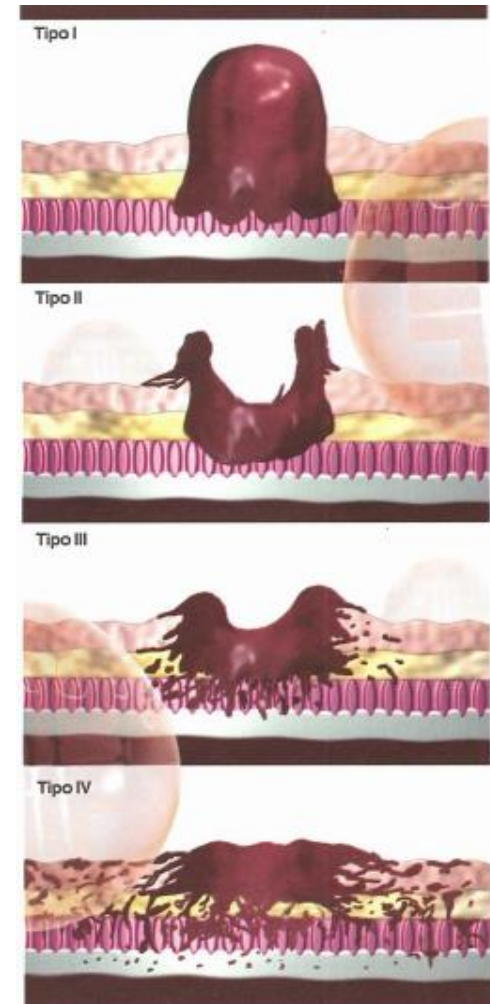
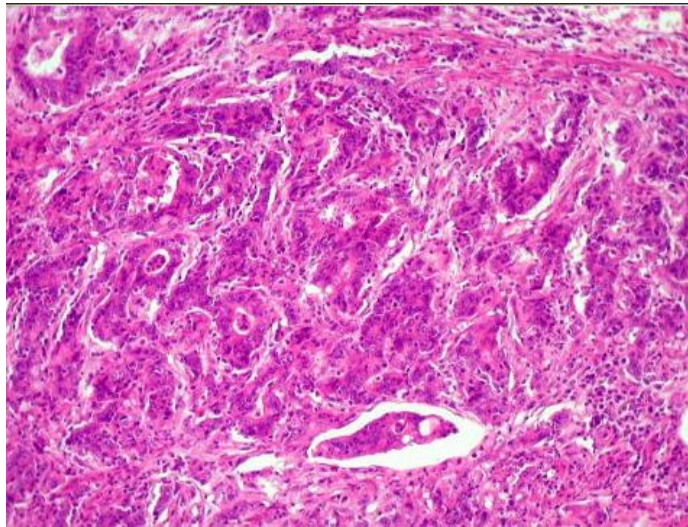


Fig. 1 - Classificação macroscópica de Borrmann para o câncer gástrico.

# Classificação microscópica

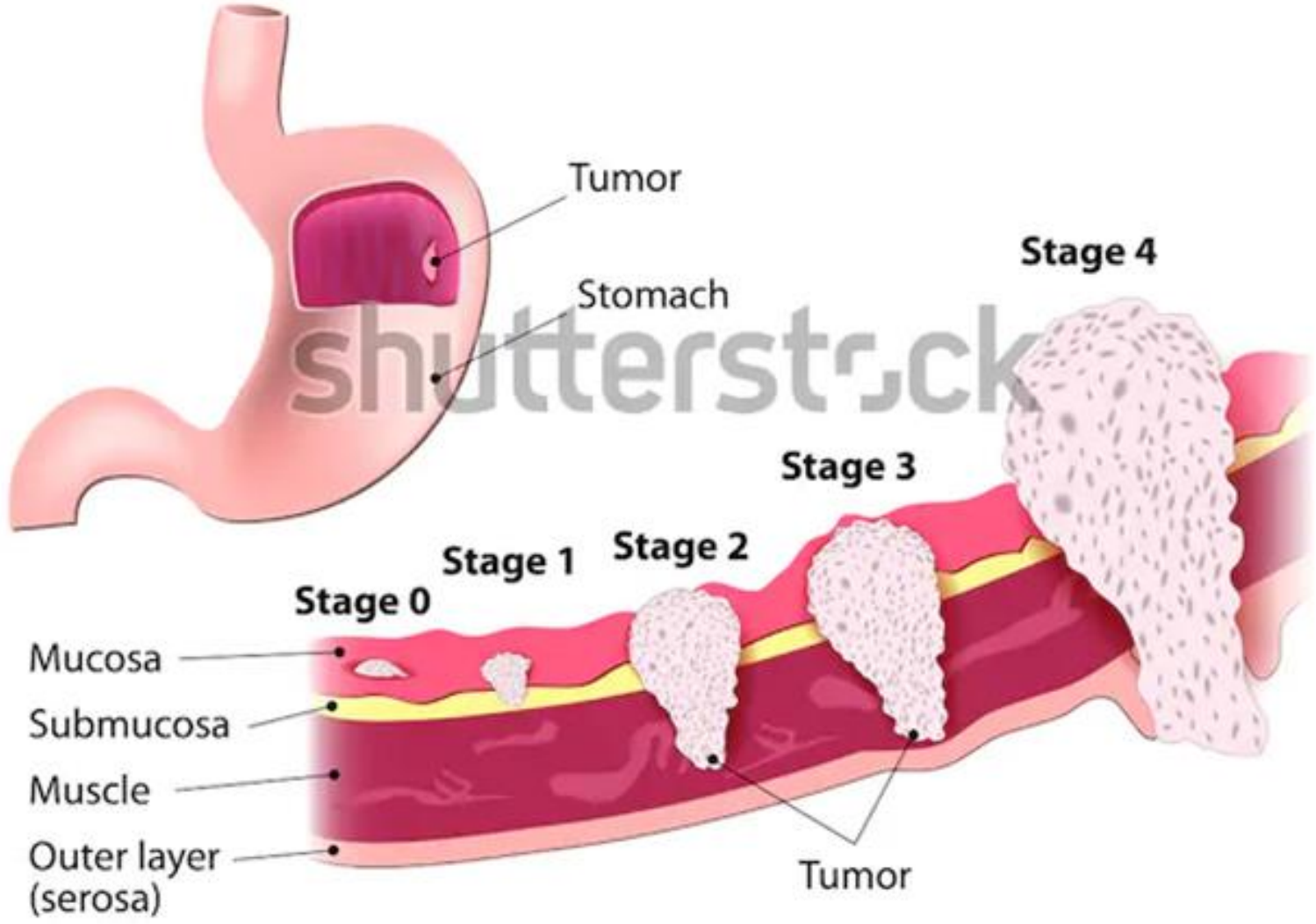
- Classificação de LAUREN
  - INTESTINAL X DIFUSO





## Histológica: LAUREN

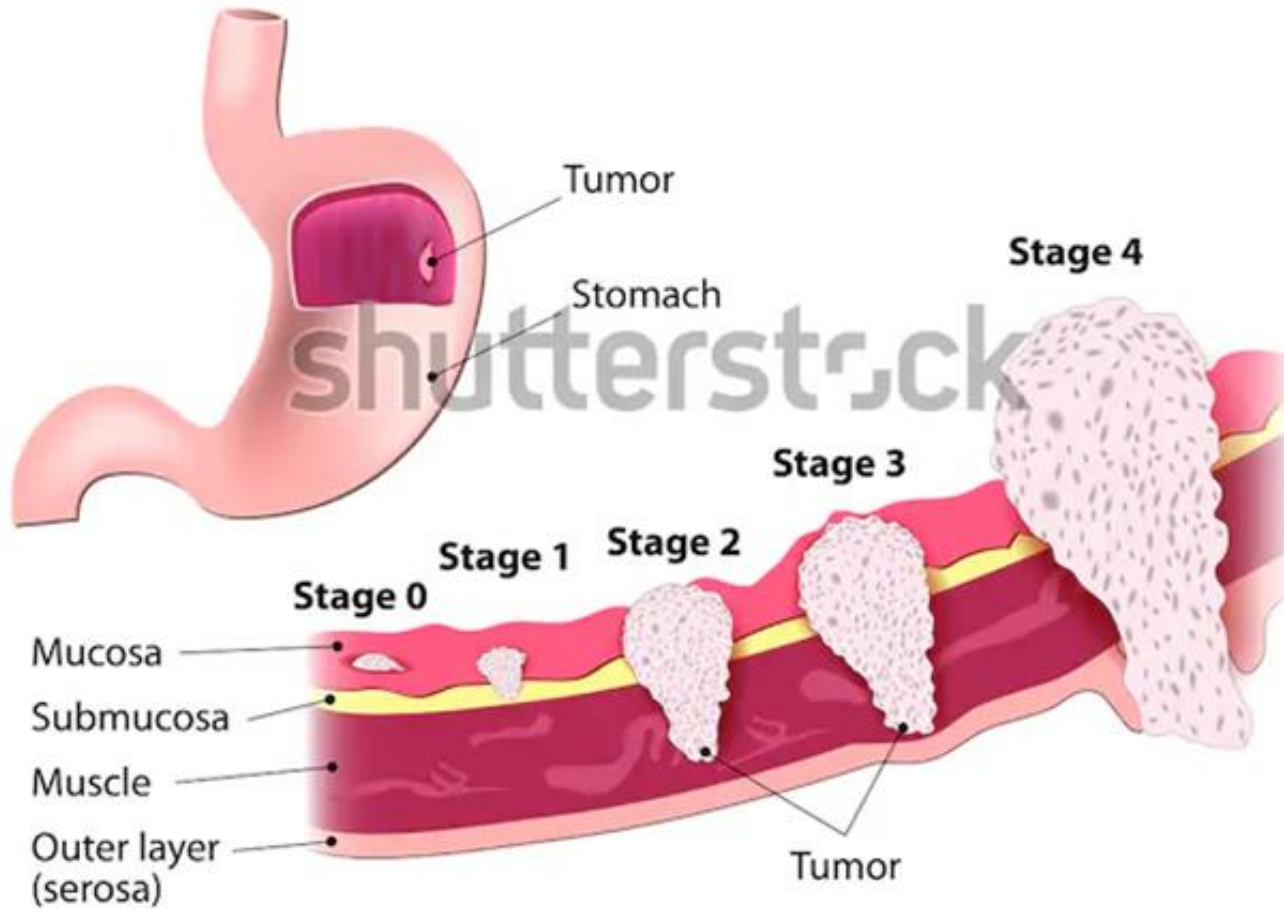
<b>Intestinal</b>	<b>Difusa</b>
<b>Bem diferenciado (glandular) melhor prognóstico</b>	<b>Indiferenciado (anel de sinete) pior prognóstico</b>
<b>Mais comum no Brasil</b>	<b>Infiltrativo</b>
<b>Homem, &gt; 55 anos</b>	<b>Mais jovens; Sangue A</b>
<b>Hematogênica</b>	<b>Contiguidade e linfática</b>
<b>Pequena curvatura</b>	<b>Estômago proximal</b>
<b>Associação com hipocloridria</b>	<b>---</b>



# Estadiamento

- TC tórax, abdômen e pelve
- Laparoscopia
- US endoscópico

# Estadramento

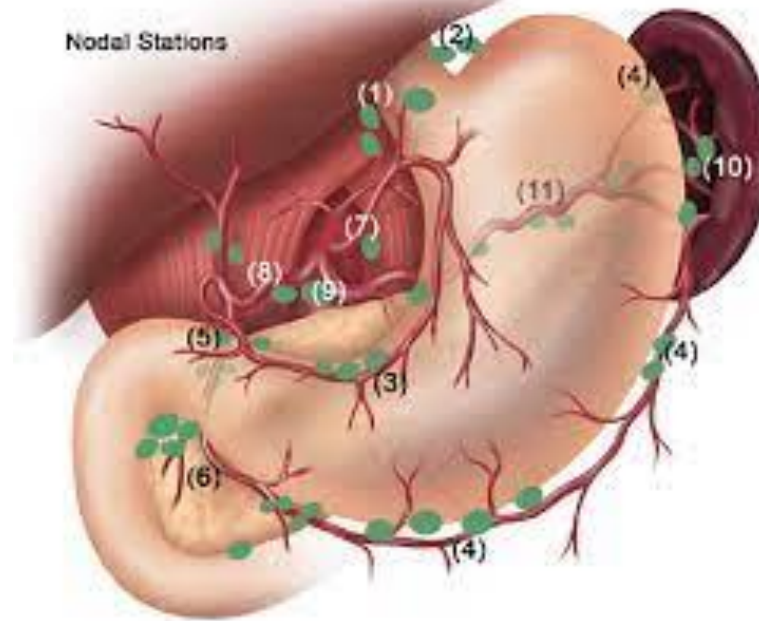


# Estadiamento

- N 0 – sem acometimento
- N1 – metastase em 1 - 2 linfonodos
- N2 – metástase em 3 - 6 linfonodos
- N3 – metástase em > 7 linfonodos
  - N3a – 7-15 linfonodos
  - N3b - > 15 linfonodos
  
- M0 – sem meta
- M1 – COM META

# Tratamento

- Se não tem metástase a distância
  - o tratamento é cirúrgico.
    - Gastrectomia + linfadenectomia a D2



# Linfoma MALT

- Linfoma tecido linfóide associado a mucosa
  - 5% dos tumores malignos TD
  - > 50 anos pico 7ª década
  - Homens são mais acometidos
  - Infecção H. pylori

# GIST

- Tumor estromal gastrointestinal
- Originário células de Cajal
- Acometem cerca de 60 - 70% estômago



# GIST

- Imprevisíveis no comportamento
- Até 30% comportamento malignos ( infiltração ou metástase).
- Metástase – via hematogênica

# GIST

- Immunohistoquímica
  - Cd 117 → proteína c-Kit.

# GIST

- Diagnóstico
  - Aspecto macroscópico de GIST com C-Kit +.

# GIST PROGNÓSTICO

RISCO MALIGNIDADE	BAIXO	ELEVADO
TAMANHO TUMORAL **	<5CM	> 5CM
CELULARIDADE	BAIXA	ELEVADA
NECROSE	AUSENTE A MÍNIMA	PROEMINENTE
MITOSES **	< 5 POR 50HPF (400X)	> 5 POR 50HPF
PADRÃO DE CRESCIMENTO	SEM INFILTRAÇÃO	PODE INFILTRAR
MUTAÇÃO	AUSENTE	FREQUENTE

# GIST

- Tratamento:
  - Retirada do Tumor com margem.

# Resuminho...

- O que é?
- Diagnóstico?
- Tratamento?