

# Câncer Gástrico

Chiara Beletato

# Câncer gástrico

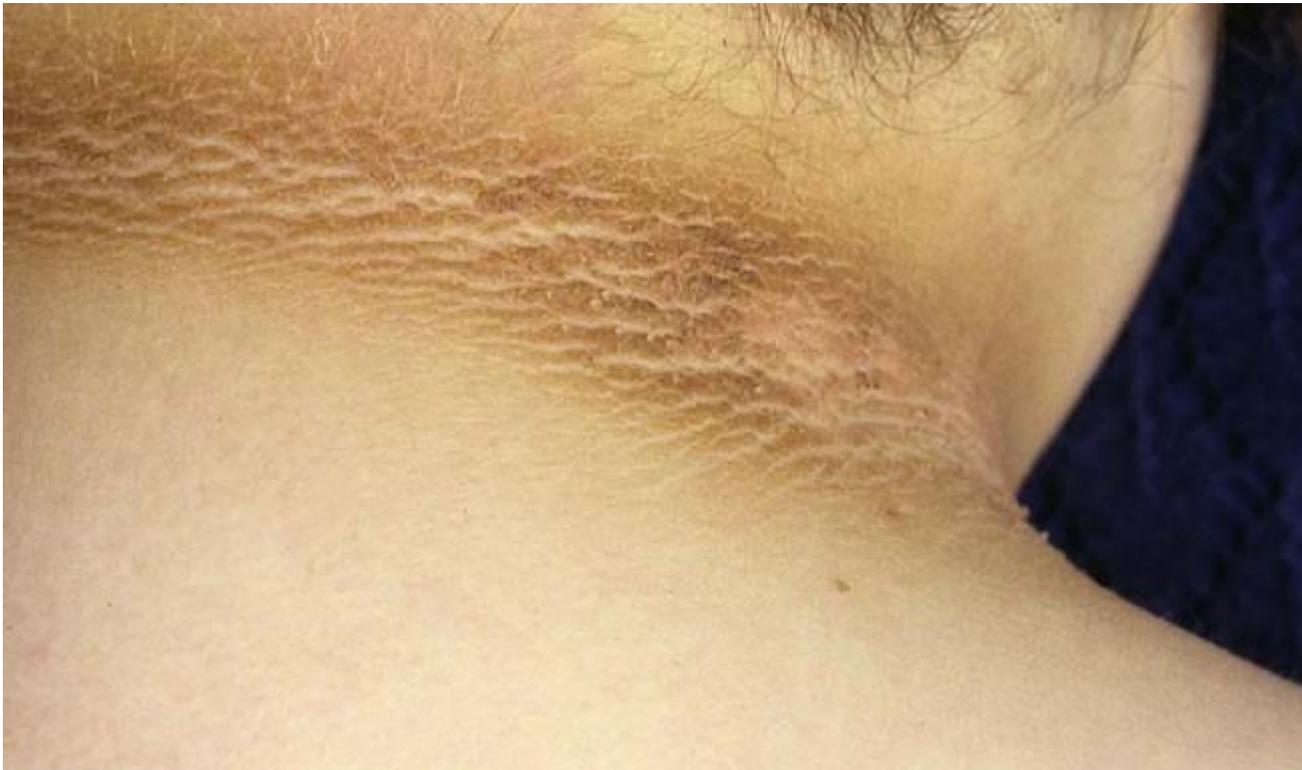
- Fatores de Risco
  - H. pylori
  - Anemia perniciosa
  - Cirurgia úlcera péptica
  - Nitrosaminas
  - Tabagismo
  - Baixo nível socioeconômico
  - Sexo masculino

# 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

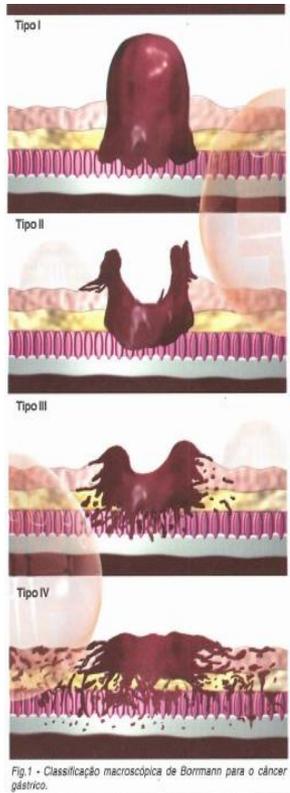


# Câncer Gástrico

- 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.

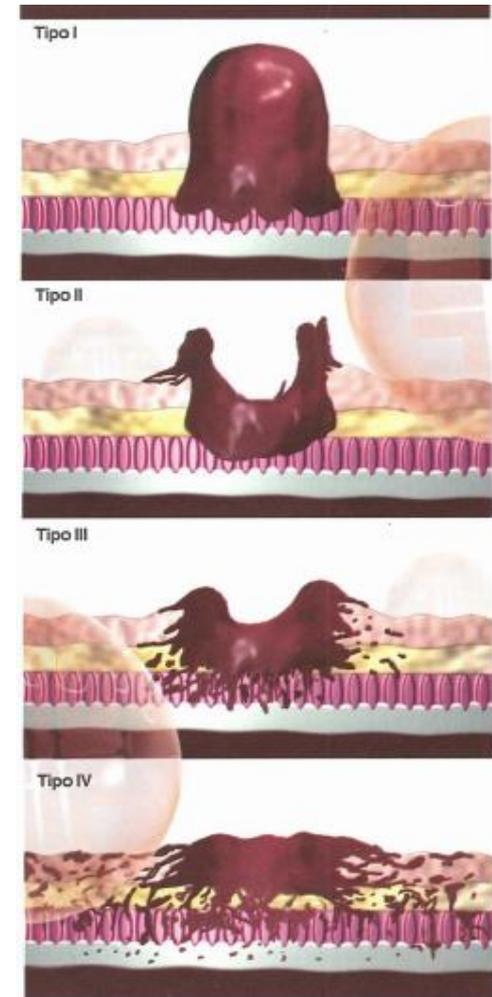
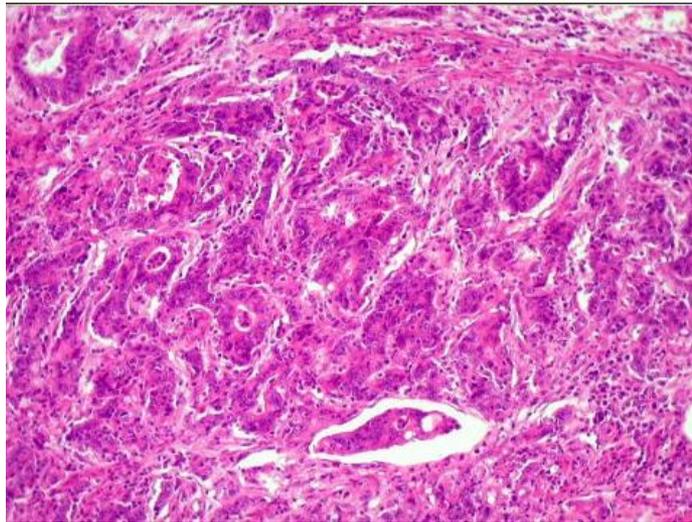


Fig. 1 - Classificação macroscópica de Borrmann para o câncer gástrico.

# Classificação microscópica

- Classificação de LAUREN
  - INTESTINAL X DIFUSO



## Histológica: LAUREN

**Intestinal**

**Difusa**

**Bem diferenciado  
(glandular)  
melhor prognóstico**

**Indiferenciado  
(anel de sinete)  
pior prognóstico**

**Mais comum no Brasil**

**Infiltrativo**

**Homem,  
> 55 anos**

**Mais jovens;  
Sangue A**

**Hematogênica**

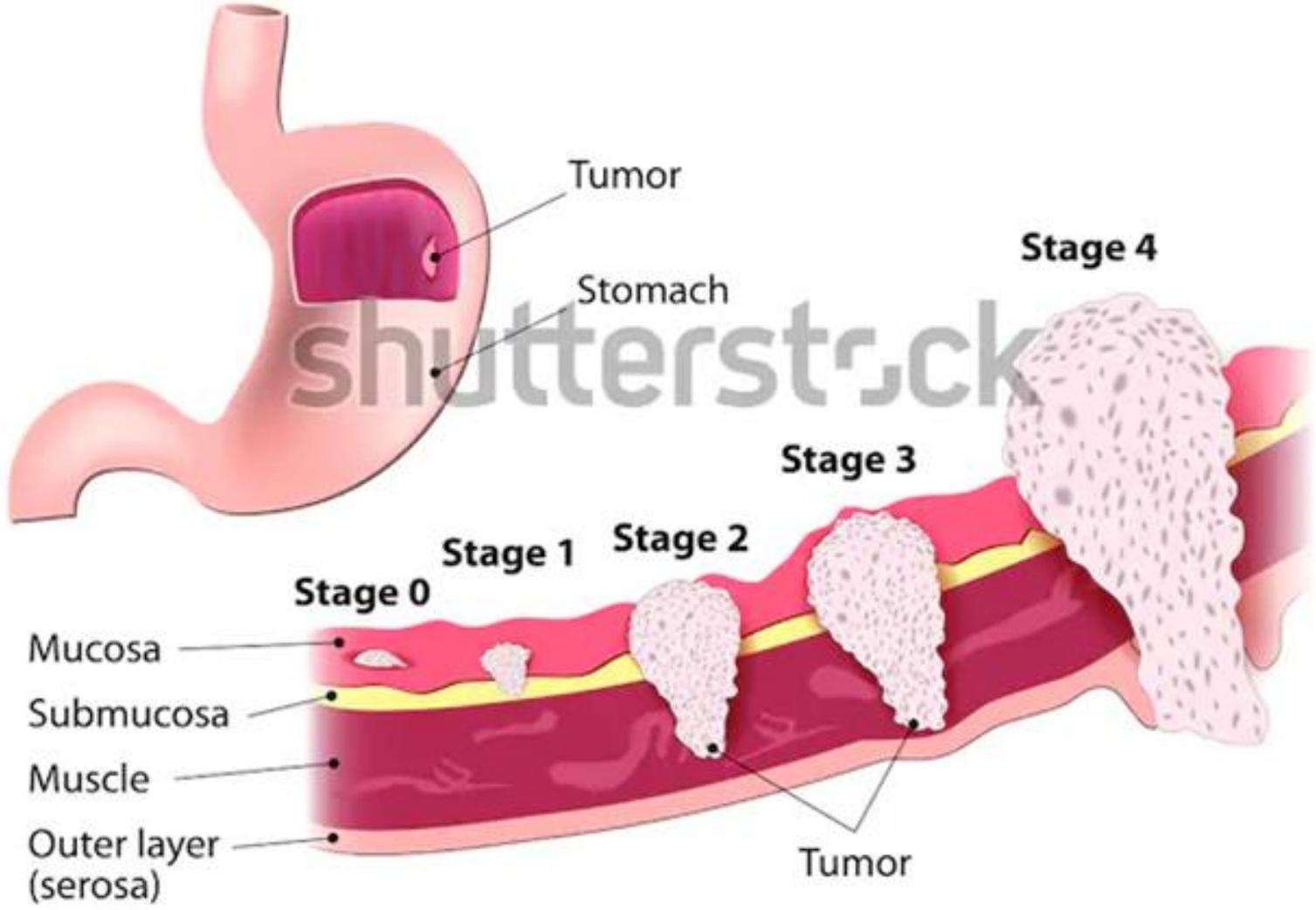
**Contiguidade e linfática**

**Pequena curvatura**

**Estômago proximal**

**Associação com  
hipocloridria**

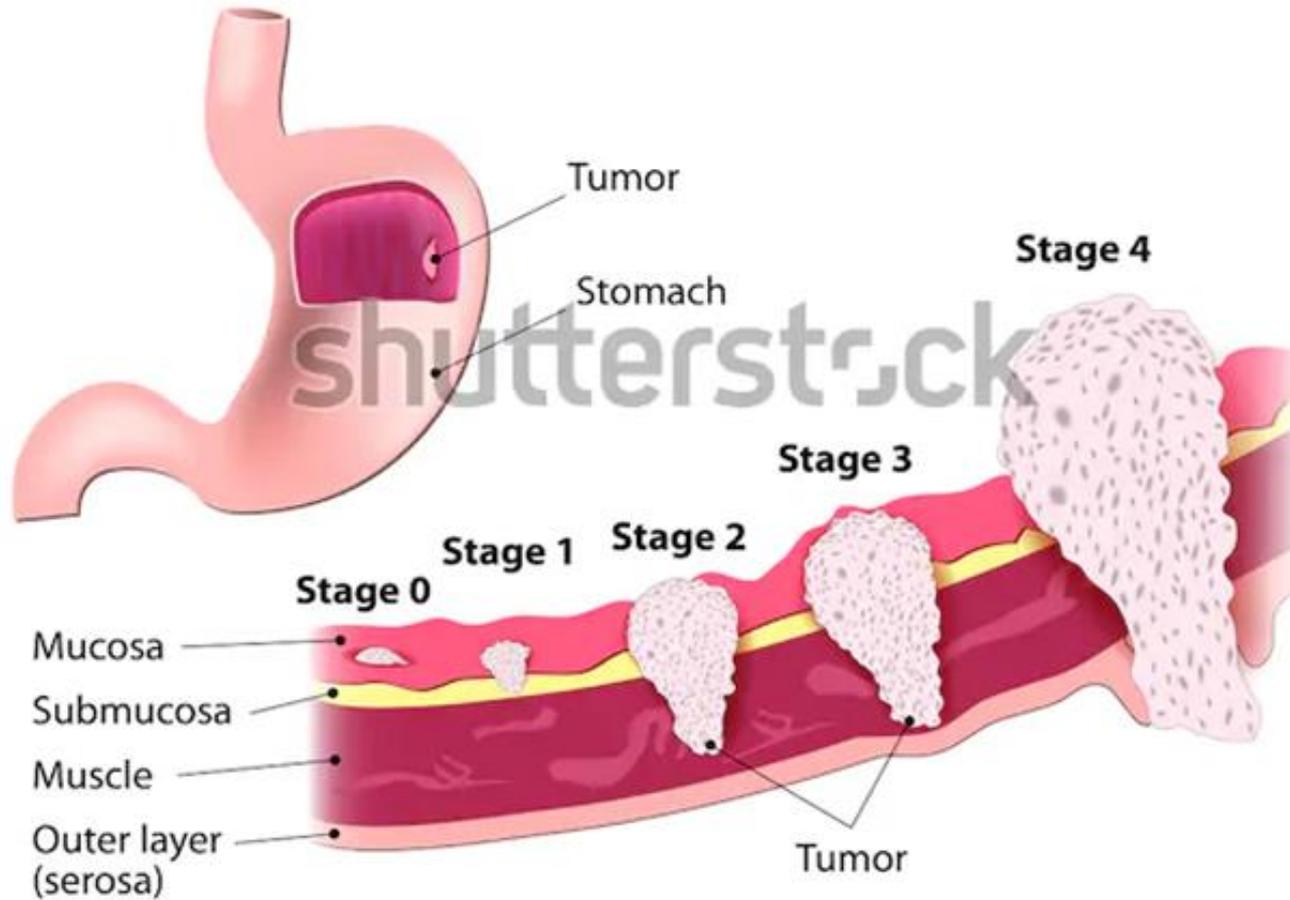
**---**



# Estadiamento

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

# Estadramento

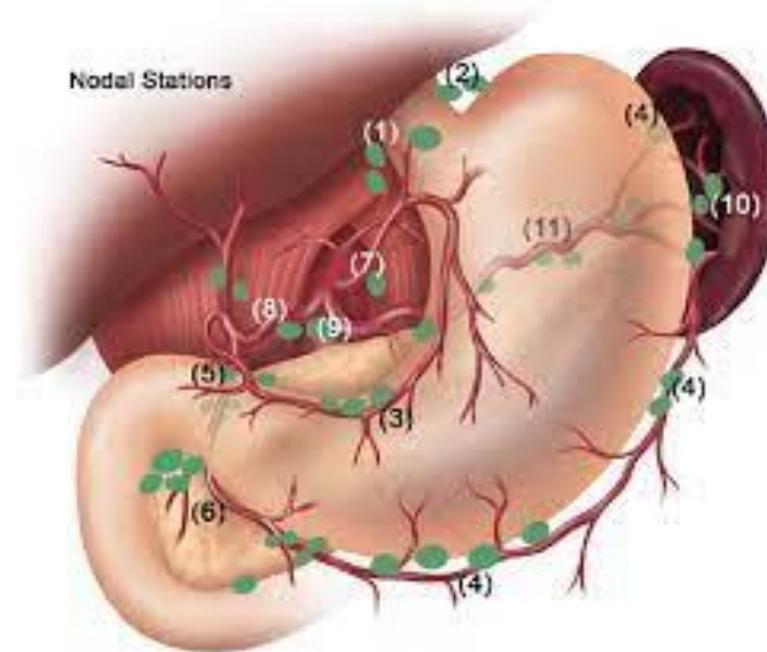


# Estadiamento

- 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?