



II CONSENSO BRASILEIRO DE CÂNCER GÁSTRICO REALIZADO PELA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER GÁSTRICO

II Brazilian Consensus on Gastric Cancer by the Brazilian Gastric Cancer Association

Leandro Cardoso **BARCHI**^{1,2}, Marcus Fernando Kodama Pertille **RAMOS**¹, André Roncon **DIAS**¹, Nelson Adami **ANDREOLLO**³, Antônio Carlos **WESTON**⁴, Laércio Gomes **LOURENÇO**⁵, Carlos Alberto **MALHEIROS**⁶, Paulo **KASSAB**⁶, Bruno **ZILBERSTEIN**^{1,2} e membros do Consenso*

RESUMO - Racional: Desde a publicação do primeiro Consenso Brasileiro sobre Câncer Gástrico em 2012 realizado pela Associação Brasileira de Câncer Gástrico (ABCG), novos conceitos sobre o diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento foram incorporados. **Objetivo:** Promover uma atualização aos profissionais que atuam no combate ao câncer gástrico (CG) e fornecer diretrizes quanto ao manejo dos pacientes portadores desta afecção. **Métodos:** Cinquenta e nove especialistas responderam 67 declarações sobre o diagnóstico, estadiamento, tratamento e prognóstico do CG com cinco alternativas possíveis: 1) concordo plenamente; 2) concordo parcialmente; 3) indeciso; 4) discordo e 5) discordo fortemente. Foi considerado consenso a concordância de pelo menos 80% da soma das respostas "concordo plenamente" e "concordo parcialmente". Este artigo apresenta apenas as respostas dos especialistas participantes. Os comentários sobre cada declaração, assim como uma revisão da literatura serão apresentados em publicações futuras. **Resultados:** Das 67 declarações, houve consenso em 50 (74%). Em 10 declarações, houve concordância de 100%. **Conclusão:** O tratamento do câncer gástrico evoluiu consideravelmente nos últimos anos. Este consenso reúne princípios consolidados nas últimas décadas, novos conhecimentos adquiridos recentemente, assim como perspectivas promissoras sobre o manejo desta doença.

DESCRITORES - Neoplasias gástricas. Câncer gástrico. Gastrectomia. Linfadenectomia. Consenso. Adenocarcinoma.

Mensagem central

O II Consenso Brasileiro sobre Câncer Gástrico reúne conceitos consolidados com novas informações e conhecimentos adquiridos recentemente, permitindo melhores resultados no tratamento desta doença.

Perspective

O II Consenso Brasileiro sobre Câncer Gástrico reúne a opinião de renomados especialistas brasileiros que atuam no combate ao câncer gástrico. Entre eles estão cirurgiões, oncologistas, endoscopistas e patologistas. As respostas das declarações contidas neste consenso, permite atualização sobre o manejo no cuidado de pacientes portadores de câncer gástrico. Publicações futuras conterão comentários baseados na literatura médica sobre cada declaração, permitindo aprofundamento detalhado sobre cada aspecto apresentado.

ABSTRACT - Background: Since the publication of the first Brazilian Consensus on Gastric Cancer (GC) in 2012 carried out by the Brazilian Gastric Cancer Association, new concepts on diagnosis, staging, treatment and follow-up have been incorporated. **Aim:** This new consensus is to promote an update to professionals working in the fight against GC and to provide guidelines for the management of patients with this condition. **Methods:** Fifty-nine experts answered 67 statements regarding the diagnosis, staging, treatment and prognosis of GC with five possible alternatives: 1) fully agree; 2) partially agree; 3) undecided; 4) disagree and 5) strongly disagree. A consensus was adopted when at least 80% of the sum of the answers "fully agree" and "partially agree" was reached. This article presents only the responses of the participating experts. Comments on each statement, as well as a literature review, will be presented in future publications. **Results:** Of the 67 statements, there was consensus in 50 (74%). In 10 declarations, there was 100% agreement. **Conclusion:** The gastric cancer treatment has evolved considerably in recent years. This consensus gathers consolidated principles in the last decades, new knowledge acquired recently, as well as promising perspectives on the management of this disease.

HEADINGS: Gastric neoplasms. Gastric cancer. Gastrectomy. Lymphadenectomy. Consensus. Adenocarcinoma.



www.facebook.com/abcdrevista



www.instagram.com/abcdrevista



www.twitter.com/abcdrevista

Trabalho realizado no ¹Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; ²Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic, Campinas, SP, Brasil; ³Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil; ⁴Departamento de Cirurgia, Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; ⁵Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; ⁶Departamento de Cirurgia, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar esse artigo: Barchi LC, Ramos MFKP, Dias AR, Andreollo NA, Weston AC, Lourenço LG, Malheiros CA, Kassab P, Zilberstein B. II Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico Realizado pela Associação Brasileira de Câncer Gástrico. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2020;33(2):e1514. DOI: /10.1590/0102-672020190001e1514

Correspondência:

Leandro Cardoso Barchi
E-mail: leandrobarchi@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesse: não há
Recebido para publicação: 31/03/2020
Aceito para publicação: 02/06/2020

INTRODUÇÃO

A incidência do câncer gástrico (CG) vem diminuindo ao redor do mundo. Outrora o segundo tipo mais comum de câncer, atualmente o CG é o quinto, atrás do câncer de pulmão, mama, próstata e colorretal^{6,10,15}. Teve sua incidência diminuída nos últimos 50 anos devido a melhora nas condições básicas de saneamento, uso de refrigeradores e aumento de consumo de alimentos como frutas e vegetais frescos, diminuindo a ingestão de sal, então largamente utilizado como conservante. Outros fatores que contribuíram com esse declínio são a erradicação do *Helicobacter pylori* e a intensificação na pesquisa preventiva de câncer (rastreamento) em vários países¹⁴.

Apesar disso, a taxa de mortalidade permanece alta. Em 2018, o CG recuperou o segundo lugar em mortes por câncer no mundo, ultrapassando novamente o câncer de fígado e ficando atrás apenas do câncer de pulmão⁶. No Brasil, o câncer de estômago é o terceiro tipo mais frequente entre homens e o quinto entre as mulheres¹. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que no biênio de 2018/2019 foram diagnosticados 21.290 novos casos de CG (13.540 em homens e 7.750 em mulheres), com cerca de 15.000 mortes em 2017 relacionadas ao CG¹¹.

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente, representando cerca de 90-95% dos casos. Outras neoplasias malignas do estômago menos comuns como o linfoma (4%), o tumor neuroendócrino (3%) e o tumor gastrointestinal estromal (GIST) não serão abordados neste consenso^{5,9}.

Devido a dimensão continental do Brasil, a incidência, o manejo e o prognóstico do CG varia muito conforme as diferentes regiões do país. Em 2013 foi publicado pela Associação Brasileira de Câncer Gástrico (ABCG) o primeiro Consenso Brasileiro sobre o Câncer Gástrico. Este consenso teve como objetivo unificar e padronizar o diagnóstico e o tratamento desta afecção²¹. Indubitavelmente, a publicação desta diretriz permitiu disseminar conhecimento entre os profissionais médicos e, consequentemente, melhorar a assistência e aumentar a sobrevivência destes pacientes.

Entretanto, desde a publicação do primeiro Consenso, muitos aspectos relacionados ao CG mudaram^{16,17}. Elenca-se: nova classificação de estadiamento TNM foi implementada pela *American Joint Committee on Cancer* e *Union for International Cancer Control* (AJCC/UICC)¹⁸; a concordância entre o ocidente e oriente sobre o papel fundamental da linfadenectomia D2 como tratamento cirúrgico padrão do CG; o papel cada vez mais preponderante da terapia multimodal (quimioterapia (QT) neoadjuvante, perioperatória, adjuvante e radioterapia (RT); a substituição da remoção sistemática das estações linfonodais pelo número mínimo de 15 linfonodos na linfadenectomia D2; a indicação da ressecção multivisceral (esplenectomia); o tratamento endoscópico no CG precoce e o papel da cirurgia minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica) como via de acesso cirúrgico alternativo.

Desta forma, diante destas evidências acumuladas nos últimos anos, torna-se oportuno a atualização das diretrizes brasileiras sobre o CG através de novo consenso.

É importante salientar que as orientações e diretrizes aqui apresentadas não são arbitrarias e, portanto, cabe a cada médico / equipe multidisciplinar adotar a melhor conduta de acordo com a realidade local e dos recursos disponíveis, contanto que sejam benéficas para o paciente.

MÉTODOS

A Associação Brasileira de Câncer Gástrico (ABCG) comemorou 20 anos de sua fundação em 1999. Para celebrar essa data realizou-se em Porto Alegre (RS) no dia 16 de agosto uma jornada comemorativa, quando tivemos a oportunidade de debater e apresentar os resultados deste novo Consenso. Três meses antes deste evento um grupo de especialistas da ABCG formulou 67 declarações sobre diagnóstico, estadiamento, tratamento e

prognóstico do CG com cinco alternativas possíveis: 1) concordo plenamente; 2) concordo parcialmente; 3) indeciso; 4) discordo e 5) discordo fortemente. Estas declarações foram enviadas a 59 especialistas no tratamento do CG de todas as regiões do país (cirurgiões, oncologistas, endoscopistas, patologistas, etc), abrangendo mais de 20 instituições universitárias. Os participantes puderam assinalar apenas uma resposta. Foi considerado consenso a concordância de pelo menos 80% da soma das respostas "concordo plenamente" e "concordo parcialmente". Os resultados foram apresentados no evento de Porto Alegre. Este artigo apresenta apenas as respostas dos especialistas participantes. Os comentários sobre cada declaração, assim como uma revisão da literatura serão apresentados em publicações futuras.

RESULTADOS

Das 67 declarações, houve consenso em 50 (74%). Em 10 declarações, houve concordância de 100%.

Declarações relativas ao diagnóstico

Declaração 1

O principal método de diagnóstico do câncer gástrico é a endoscopia digestiva alta com biópsia. O laudo do exame endoscópico deve obrigatoriamente conter informações precisas sobre o(s) local(is) da(s) lesão(ões), tamanho aproximado, extensão, infiltração, distância da transição esofagogástrica e do piloro, discriminando os locais onde as biópsias foram realizadas.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
90%	2%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 2

Em caso de alta suspeição de câncer gástrico e biópsias colhidas pela endoscopia digestiva alta repetidamente negativas (inclusive macrobiópsias), o diagnóstico pode ser feito por meio de ressecção endoscópica ou cirurgia.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
58%	36%	0%	2%	4%	100%	94%

Declaração 3

A ecoendoscopia digestiva alta não está indicada quando há sinais endoscópicos claros de que o câncer é invasivo. Deve ser utilizada quando houver dúvida sobre a natureza precoce do câncer gástrico. Permite avaliar o grau de invasão do tumor na parede gástrica e a presença de linfonodos suspeitos para metástases.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
72%	24%	2%	2%	0%	100%	96%

Declaração 4

O principal método de estadiamento é a tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
90%	10%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 5

A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) e a ressonância nuclear magnética (RNM) devem ser utilizados apenas em casos selecionados.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
92%	8%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 6

O PET-CT pode ser utilizado em tumores bem diferenciados ou do terço proximal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
44%	30%	6%	16%	4%	100%	74%

Declaração 7

A laparoscopia diagnóstica deve ser realizada nos casos em que haja dúvida na tomografia computadorizada quanto a presença de carcinomatose peritoneal ou para planejamento de tratamento multidisciplinar.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
80%	18%	0%	2%	0%	100%	98%

Declaração 8

O lavado peritoneal com citologia oncótica deve ser realizado em todos os casos durante a laparoscopia diagnóstica e/ou cirurgia. Pode ser omitida caso haja franca carcinomatose peritoneal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
72%	24%	4%	0%	0%	100%	96%

Declaração 9

A análise dos marcadores de tumor séricos (CA19.9, CEA, CA 72.4) deve ser realizada em todos os casos de câncer gástrico.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
18%	38%	6%	26%	12%	100%	56%

Declaração 10

O estadiamento que deve ser adotado atualmente é o TNM da UICC/AJCC 8ª edição.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
96%	4%	0%	0%	0%	100%	100%

Declarações relativas ao tratamento**Declaração 11**

Recomenda-se o planejamento terapêutico multidisciplinar (cirurgião, endoscopista, clínico geral, oncologista, radiologista e patologista) antes de se iniciar qualquer tipo de tratamento.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
70%	20%	0%	10%	0%	100%	90%

Declaração 12

Os pacientes que tiveram perda de peso maior que 10% do seu peso habitual nos últimos 6 meses devem receber algum tipo de terapia nutricional antes de se iniciar qualquer tratamento.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
68%	32%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 13

A ressecção endoscópica está indicada nos tumores adenocarcinoma bem diferenciados, restritos a mucosa (T1a), menores que 2 cm no seu maior eixo e não ulcerados.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
94%	6%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 14

As lesões precoces com invasão de camada submucosa, ulceradas, do tipo difuso e maiores que 2cm são critérios de exceção para ressecção endoscópica e devem ser adotadas apenas em pacientes com alto risco cirúrgico.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
76%	16%	2%	6%	0%	100%	92%

Declaração 15

A disseção submucosa endoscópica (*Endoscopic submucosal dissection - ESD*) é recomendada como tratamento de escolha para a maioria das lesões gástricas neoplásicas superficiais.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
42%	34%	8%	8%	8%	100%	76%

Declaração 16

Para os tumores que não possuem critério de ressecção endoscópica (T1b) está indicado o tratamento cirúrgico. Nestes casos, a disseção linfonodal recomendada é a remoção dos linfonodos perigástricos (D1) nos tumores bem diferenciados menores que 1,5cm e associada a remoção de alguns linfonodos da cadeia N2 (D1+) para os tumores indiferenciados menores que 1,5cm.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
42%	34%	2%	18%	4%	100%	76%

Declaração 17

Nos tumores estágio IB-III (T2-4 qualquer N) está indicado a disseção linfonodal D2.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
90%	8%	2%	0%	0%	100%	98%

Declaração 18

A UICC/AJCC recomenda o número mínimo de 15 linfonodos para permitir estadiamento correto.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
78%	14%	0%	6%	2%	100%	92%

Declaração 19

Considera-se linfadenectomia do tipo D2 a remoção de pelo menos 25 linfonodos.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
54%	22%	4%	18%	2%	100%	76%

Declaração 20

É recomendado ao término de cada operação que algum membro da equipe cirúrgica envie para análise anatomopatológica o espécime cirúrgico com todas as cadeias linfonodais separadas e identificadas.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
72%	18%	2%	8%	0%	100%	90%

Declaração 21

As linfadenectomias mais amplas do que a D2 (D2+ ou D3) devem ser reservadas apenas em casos bem selecionados.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
84%	8%	2%	6%	0%	100%	92%

Declaração 22

A gastrectomia subtotal deverá ser realizada nos tumores distais ou nos casos em que a margem proximal tenha pelo menos 5 cm entre o tumor e a transição esofagogástrica.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
70%	26%	2%	2%	0%	100%	96%

Declaração 23

Nos tumores do tipo difuso, recomenda-se margem proximal de pelo menos 8 cm.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
34%	38%	8%	16%	4%	100%	72%

Declaração 24

Nos tumores que invadem o esôfago distal, a margem de ressecção deve ser confirmada através da biópsia de congelação.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
72%	22%	2%	2%	2%	100%	94%

Declaração 25

A gastrectomia total é recomendada para os tumores do terço proximal e nos tumores precoces multicêntricos.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
74%	26%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 26

A esplenectomia deve ser realizada apenas nos tumores avançados de grande curvatura do estômago proximal, invasão direta do baço ou caso haja evidente acometimento linfonodal do hilo esplênico.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
76%	20%	4%	0%	0%	100%	96%

Declaração 27

Os pacientes com lesões irresseáveis ou marginalmente ressecáveis podem ser candidatos a terapia de conversão, que consiste em quimioterapia seguida de cirurgia com objetivo de alcançar ressecção R0.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
78%	20%	0%	2%	0%	100%	98%

Declaração 28

A duodenopancreatectomia pode ser indicada nos casos de câncer gástrico localmente avançado, T4N0-2M0, pacientes jovens e com baixo risco cirúrgico.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
58%	32%	4%	6%	0%	100%	90%

Declaração 29

A hepatectomia está indicada nos tumores infiltrativos do fígado (T4b) sem disseminação peritoneal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
68%	30%	0%	2%	0%	100%	98%

Declaração 30

Os pacientes com metástase hepática única podem ser elegíveis a cirurgia após avaliação multidisciplinar.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
62%	24%	8%	6%	0%	100%	86%

Declaração 31

A ressecção combinada de órgãos adjacentes ou multivisceral, pode ser realizada desde que o paciente tenha boa condição clínica e que, de preferência, seja alcançada ressecção R0.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
88%	8%	0%	4%	0%	100%	96%

Declaração 32

Em pacientes considerados M1 a ressecção gástrica paliativa pode ser realizada eventualmente em casos de obstrução, sangramento ou perfuração.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
90%	10%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 33

A ressecção gástrica paliativa em pacientes assintomáticos não está indicada como primeira abordagem do tratamento.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
70%	16%	4%	10%	0%	100%	86%

Declaração 34

A omentectomia parcial (até 3-5 cm da arcada gastroepiplóica) pode ser realizada nos tumores T1 e T2 e a omentectomia total deve ser realizada nos tumores T3 e T4.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
48%	30%	14%	6%	2%	100%	78%

Declaração 35

A bursectomia deve ser realizada apenas nos tumores T4 de parede gástrica posterior.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
48%	32%	8%	12%	0%	100%	80%

Declaração 36

A gastrectomia total profilática está indicada nos casos comprovados de câncer gástrico hereditário familiar comprovados com a mutação do gene CDH1.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
72%	28%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 37

A gastrectomia subtotal laparoscópica pode ser realizada nos casos de câncer gástrico precoce do terço distal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
90%	8%	2%	0%	0%	100%	98%

Declaração 38

A gastrectomia subtotal laparoscópica pode ser realizada nos casos de câncer gástrico avançado do terço distal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
52%	40%	8%	0%	0%	100%	92%

Declaração 39

A gastrectomia total laparoscópica pode ser realizada nos casos de câncer gástrico precoce do terço proximal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
62%	28%	8%	2%	0%	100%	90%

Declaração 40

A gastrectomia total laparoscópica pode ser realizada nos casos de câncer gástrico avançado do terço proximal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
38%	38%	16%	8%	0%	100%	76%

Declaração 41

O uso da plataforma robótica apresenta as mesmas indicações e resultados que a laparoscopia.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
64%	26%	8%	2%	0%	100%	90%

Declaração 42

Nos adenocarcinomas tipo Siewert III a cirurgia de escolha é a gastrectomia total com esofagectomia distal.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
82%	14%	2%	2%	0%	100%	96%

Declaração 43

Nos adenocarcinomas tipo Siewert II a cirurgia de escolha é a esofagectomia transtorácica (toracosopia) com gastrectomia proximal e confecção de tubo gástrico.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
32%	32%	10%	22%	4%	100%	64%

Declaração 44

Nos adenocarcinomas tipo Siewert I a cirurgia de escolha é a esofagectomia transtorácica (toracosopia) com gastrectomia proximal e confecção de tubo gástrico.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
74%	18%	4%	4%	0%	100%	92%

Declaração 45

A esofagectomia transmediastinal deve ser reservada para pacientes com condições clínicas ruins ou limítrofes e/ou na impossibilidade de acesso à cavidade torácica.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
36%	42%	6%	14%	2%	100%	78%

Declaração 46

Recomenda-se que após a esofagectomia, preferencialmente a anastomose esofagogástrica seja realizada na região cervical.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
66%	24%	6%	2%	2%	100%	90%

Declaração 47

Recomenda-se o uso de dreno(s) abdominal(is) de rotina em todas as ressecções gástricas.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
36%	34%	6%	22%	2%	100%	70%

Declaração 48

O coto duodenal deve ser fechado preferencialmente com uso sutura mecânica.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
58%	26%	6%	8%	2%	100%	84%

Declaração 49

Não há evidências científicas claras de que o reforço da linha de grampeamento do coto duodenal reduz a incidência de fistulas.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
60%	24%	12%	4%	0%	100%	84%

Declaração 50

Nas gastrectomias subtotal e total, deve-se reconstruir o trânsito digestivo preferencialmente por meio da derivação em Y de Roux.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
84%	12%	4%	0%	0%	100%	96%

Declaração 51

As anastomoses gastrojejunal e esofagojejunal devem ser realizadas preferencialmente com sutura mecânica.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
30%	40%	10%	16%	4%	100%	70%

Declaração 52

Após a ressecção gástrica a alimentação oral deve ser iniciada assim que o paciente tenha condições e que o trânsito intestinal esteja restabelecido.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
48%	35%	2%	6%	9%	100%	83%

Declarações relativas à quimio e radioterapia**Declaração 53**

A quimioterapia perioperatória (pré e pós cirurgia) está indicada para os tumores ressecáveis do terço distal estágio \geq IB.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
34%	34%	6%	20%	6%	100%	68%

Declaração 54

A quimioterapia perioperatória (pré e pós cirurgia) está indicada para os tumores ressecáveis do terço médio e proximal estágio \geq IB.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
38%	40%	4%	18%	0%	100%	78%

Declaração 55

Os pacientes estágio \geq IB, que foram submetidos a cirurgia sem quimioterapia perioperatória (cirurgia *up front*) possuem indicação de quimioterapia adjuvante.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
44%	36%	6%	10%	4%	100%	80%

Declaração 56

A radioterapia adjuvante está indicada nos casos com indicação de quimioterapia adjuvante e que não tiveram ressecção linfonodal adequada na cirurgia.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
38%	44%	8%	10%	0%	100%	82%

Declaração 57

Os pacientes com câncer gástrico metastático, em boas condições clínicas, possuem indicação de quimioterapia paliativa.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
76%	18%	6%	0%	0%	100%	94%

Declaração 58

Os pacientes com câncer gástrico metastático com boa resposta a quimioterapia paliativa e pouca doença residual são candidatos a terapia de conversão com o objetivo de se alcançar ressecção R0.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
48%	36%	6%	8%	2%	100%	84%

Declaração 59

A quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) deve ser utilizada apenas em protocolos de pesquisa, pois ainda não há evidências consistentes de seu real benefício.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
74%	12%	6%	6%	2%	100%	86%

Declaração 60

Os pacientes com câncer gástrico metastático HER-2 positivos possuem indicação de tratamento com terapia alvo (anticorpo monoclonal) associados a quimioterapia paliativa.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
72%	20%	8%	0%	0%	100%	92%

Declaração 61

A imunoterapia para os pacientes com câncer gástrico metastático deve ser utilizada apenas em protocolos de pesquisa, pois ainda não há evidências consistentes de seu real benefício.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
42%	28%	8%	16%	6%	100%	70%

Declarações relativas ao seguimento**Declaração 62**

Os pacientes com câncer gástrico metastático sem reposta a quimioterapia paliativa ou em condições clínicas ruins, devem receber apenas cuidados paliativos com melhor atendimento de conforto.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
84%	12%	2%	2%	0%	100%	96%

Declaração 63

Os pacientes submetidos a cirurgia radical ou após o término da terapia adjuvante não devem ser seguidos devido ao alto custo e porque não há evidências que o seguimento aumente a sobrevida.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
4%	14%	2%	36%	44%	100%	18%

Declaração 64

Os pacientes submetidos a cirurgia radical podem ser seguidos mediante indicação de ultrassonografia abdominal, pela sua facilidade de obtenção e baixo custo.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
10%	28%	6%	42%	14%	100%	38%

Declaração 65

A endoscopia digestiva no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia radical está indicada quando houver suspeita clínica de recidiva da doença e sintomas digestivos.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
48%	30%	0%	20%	2%	100%	78%

Declaração 66

O seguimento de longo prazo deve ser oferecido aos pacientes submetidos a cirurgia radical ou após o término da terapia adjuvante para controle e suporte nutricional, psicológico, detecção precoce de recorrência, tratamento de complicações e coleta de dados.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
88%	12%	0%	0%	0%	100%	100%

Declaração 67

A tentativa de ressecção cirúrgica em pacientes com recidiva local única e baixo risco cirúrgico pode ser considerada em casos selecionados.

Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente	Total	Consenso
78%	20%	0%	0%	2%	100%	98%

DISCUSSÃO

A palavra consenso tem origem no latim (*consensus*) e, por definição, significa a concordância ou uniformidade de opiniões, pensamentos, sentimentos e crenças da maioria ou da totalidade de membros de uma coletividade. A realização de consensos é bastante comum na medicina. Geralmente são criados por especialistas em determinadas áreas, e consiste na criação de diretrizes para o desenvolvimento de padrões de diagnósticos e tratamentos escolhidos para intervenções em determinadas doenças⁷.

Diversas sociedades internacionais publicaram seus respectivos consensos e diretrizes^{2,3,4,8,12,13,19,20,22}. De fato, é fundamental que cada país possua seu próprio consenso. Apesar de o CG possuir características semelhantes entre as diferentes raças, existem peculiaridades entre os diferentes países que devem ser abordadas de acordo com as condições locais. Entre elas menciona-se a incidência da doença, as condições sanitárias, os costumes alimentares, os aspectos culturais, a acessibilidade aos métodos diagnóstico e ao tratamento, entre outros. Estas diferenças podem ser notadas no nosso país. Devido ao seu enorme tamanho, existe grande diferença entre os aspectos mencionados entre as regiões do Brasil. Portanto, é imprescindível que cada localidade

procure adaptar as informações contidas neste consenso com sua realidade, sempre buscando o diagnóstico precoce e o tratamento mais efetivo possível.

Diferentemente do I Consenso publicado em 2013²¹, no qual os participantes tinham a opção de responder apenas sim ou não aos questionamentos, os autores deste consenso optaram por fornecer mais opções de respostas. Isto porque o CG é doença complexa, com múltiplos fatores que podem influenciar seu manejo. Em suma, muitas vezes há mais de um caminho considerado correto que possa ser seguido. Ainda, isto permitirá que, em publicações futuras, cada declaração possa ser comentada baseadas nas mais recentes evidências da literatura médica mundial.

CONCLUSÃO

O tratamento do câncer gástrico evoluiu consideravelmente nos últimos anos. Este consenso reúne as repostas do questionário elaborado pela Associação Brasileira de Câncer Gástrico (ABCG) de diversos especialistas no tratamento do câncer gástrico no Brasil. Este é o compromisso da ABCG: divulgar conhecimento e permitir aos profissionais que atuam no combate ao câncer gástrico melhores resultados quanto a sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos membros do Consenso pela ajuda científica e a Cynthia Chiaradia pela coleta de dados e apoio estatístico.

Membros do consenso (em ordem alfabética)

Álvaro Antônio Bandeira Ferraz	Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil
Amir Zeide Charruf	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
André Brandalise	Hospital Centro Médico de Campinas, Campinas, SP, Brasil
André Maciel da Silva	Instituto Nacional do Câncer-INCA, Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Barlon Alves	Hospital Regional de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil
Carlos Augusto Martinez Marins	Hospital Federal dos Servidores do Estado/ RJ, Instituto Nacional do Câncer- INCA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Celso Vieira Leite	Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, SP, Brasil
Claudio José Caldas Bresciani	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Daniel Szor	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Donato Roberto Mucerino	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Durval R. Wohnrath	Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil
Elias Jirjoss Ilias	Departamento de Cirurgia, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Euclides Dias Martins Filho	Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil
Fabio Pinatel Lopasso	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Felipe José Fernandez Coimbra	AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil
Fernando E. Cruz Felipe	Departamento de Cirurgia Oncológica Digestiva Alta do Hospital de Amor de Barretos, Barretos, SP, Brasil
Flávio Daniel Saavedra Tomasich	Universidade Federal do Paraná, Serv. Oncologia Digestiva do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, R. Brasil
Flavio Roberto Takeda	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Geraldo Ishak	Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil
Gustavo Andreaza Laporte	Departamento de Cirurgia, Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil
Herbeth José Toledo Silva	Universidade Estadual de Alagoas, Maceió, AL, Brasil
Ivan Cecconello	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Joaquim José Gama Rodrigues	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
José Carlos Del Grande	Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Leonardo Milhomem da Motta	Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil
Leonardo Rocha Ferraz	Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Luis Fernando Moreira	Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil
Luis Roberto Lopes	Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil
Marcelo Garcia Toneto	Hospital São Lucas da PUC-RS, Faculdade de Medicina da PUC-RS, Porto Alegre, RS, Brasil
Marcelo Mester	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Marco Antônio Gonçalves Rodrigues	Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
Marineide Prudêncio de Carvalho	Departamento de Cirurgia, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Maurice Youssef Franciss	Departamento de Cirurgia, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Nora Manoukian Forones	Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Oly Campos Corletta	Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil
Osmar Kenji Yagi	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Osvaldo Antonio Prado Castro	Departamento de Cirurgia, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Osvaldo Malafaia	Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil
Paulo Pimentel Assumpção	Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil
Paulo Roberto Savassi-Rocha	Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
Ramiro Colleoni Neto	Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Rodrigo Jose de Oliveira	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Rubens Antonio Aissar Sallun	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Rui Weschenfelder	Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil
Saint Clair Vieira de Oliveira	Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil
Thiago Boechat de Abreu	Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Tiago Biachi de Castria	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Ulysses Ribeiro Junior	Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
Williams Barra	Universidade Federal do Pará, Belem, PA, Brasil
Wilson Luiz da Costa Júnior	Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA
Wilson Rodrigues de Freitas Júnior	Departamento de Cirurgia, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

REFERÊNCIAS

1. Amorim CA, Moreira JP, Rial L, et al. Ecological study of gastric cancer in Brazil: geographic and time trend analysis. *World J Gastroenterol.* 2014;20(17):5036-5044.
2. Ajani JA, D'Amico TA, Almhanna K, Bentrem DJ, Chao J, Das P, et al. Gastric Cancer, Version 3.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2016;14(10):1286-312.
3. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer.* 2020.
4. Baiocchi GL, D'Ugo D, Coit D, Hardwick R, Kassab P, Nashimoto A, et al. Follow-up after gastrectomy for cancer: the Charter Scaligero Consensus Conference. *Gastric Cancer.* 2016;19(1):15-20.
5. Barchi LC, Gama-Rodrigues J, Carvalho FA, Barchi MC, Oliveira OC, Carneiro MF. Cystic gastric stromal tumor negative C-Kit. *Arq Bras Cir Dig.* 2012;25(4):300-302.
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
7. Council of Europe, Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practice (Recommendation Rec(2001)13 and explanatory memorandum), Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2002.
8. De Manzoni G, Marrelli D, Baiocchi GL, Morgagni P, Saragoni L, Degiuli M, et al. The Italian Research Group for Gastric Cancer (GIRCC) guidelines for gastric cancer staging and treatment: 2015. *Gastric Cancer.* 2017;20(1):20-30.

9. Dias AR, Azevedo BC, Alban LBV, et al. Gastric neuroendocrine tumor: review and update. *Arq Bras Cir Dig.* 2017;30(2):150-154.
10. FIGUEROA-GIRALT, Manueletal. Introduction of the new lymphoparietal index for gastric cancer patients. *ABCD, arq. bras. cir. dig.,* 2019, vol.32, no.2. ISSN 0102-6720.
11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ), 2018. In.
12. Kulig J, Wallner G, Drews M, Frączek M, Jeziorski A, Kielan W, et al. Polish Consensus on Treatment of Gastric Cancer; update 2017. *Pol Przegl Chir.* 2017;89(5):59-73.
13. Lee JH, Kim JG, Jung HK, Kim JH, Jeong WK, Jeon TJ, et al. Clinical practice guidelines for gastric cancer in Korea: an evidence-based approach. *J Gastric Cancer.* 2014;14(2):87-104.
14. Moore MA, Eser S, Iqbal N, et al. Cancer epidemiology and control in North-Western and Central Asia - past, present and future. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010;11 Suppl 2:17-32.
15. Norero E, Quezada JL, Cerda J, et al. Risk factors for severe postoperative complications after gastrectomy for gastric and esophagogastric junction cancers. *Arq Bras Cir Dig.* 2019;32(4):e1473. Published 2019 Dec 20. doi:10.1590/0102-672020190001e1473.
16. Peduk S, Dincer M, Tatar C, et al. The role of serum CK-18, MMP-9 and TIMP-1 levels in predicting r0 resection in patients with gastric cancer. *Arq Bras Cir Dig.* 2018;31(4):e1401. Published 2018 Dec 6. doi:10.1590/0102-672020180001e1401.
17. Ramos M, Pereira MA, Charruf AZ, et al. Conversion therapy for gastric cancer: expanding the treatment possibilities. *ABCD.* 2019;32(2):e1435.
18. Sano T, Coit DG, Kim HH, et al. Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. *Gastric Cancer.* 2017;20(2):217-225.
19. Smyth EC, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, Arnold D, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016;27(suppl 5):v38-v49.
20. Zaanan A, Bouché O, Benhaim L, Buecher B, Chapelle N, Dubreuil O, et al. Gastric cancer: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). *Dig Liver Dis.* 2018;50(8):768-79.
21. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LG, et al. Brazilian consensus in gastric cancer: guidelines for gastric cancer in Brasil. *Arq Bras Cir Dig.* 2013;26(1):2-6.
22. Wang FH, Shen L, Li J, Zhou ZW, Liang H, Zhang XT, et al. The Chinese Society of Clinical Oncology (CSCO): clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastric cancer. *Cancer Commun (Lond).* 2019;39(1):10.