

Comentário

O objetivo deste projeto foi, fundamentalmente, oferecer à classe médica as melhores possibilidades atuais no diagnóstico e tratamento da enfermidade e não ditar regras para tanto. Sem dúvida, a evolução incessante faz com que continuamente estejamos revendo os conceitos emitidos.

FERNANDO CORDEIRO

Referências

1. Benson AB 3rd, Desch CE, Flynn PJ. 2000 update of American Society of Clinical Oncology colorectal cancer surveillance guideline. *J Clin Oncol* 2000; 15:3586-8.
2. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans affairs cooperative study group 380. *N Engl J Med* 2000; 343:162-8.
3. Wexner SD, Rotholtz N. Surgeon influenced variables in resectional rectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1606-27.
4. Moertel CG. Chemotherapy for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1994; 330:1136-42.
5. Hoff PM, Royce M, Medgyesy D, Brito R, Pazdur R. Oral fluoropyrimidines. *Semin Oncol* 1999; 26:640-6.
6. Von Hoff DD. Promising new agents for treatment of patients with colorectal cancer. *Semin Oncol* 1998; 25: 47-52.

Clinica Cirúrgica

ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO ESTÔMAGO

Durante a avaliação pré-operatória, é importante tentar determinar o estágio da doença, usando a classificação tumor, linfonodo e metástase, que permite o planejamento do tratamento, uniformiza a nomenclatura entre os diversos serviços e facilita o estudo dos resultados da terapêutica empregada.

A endoscopia nos informa o tamanho do tumor, sua localização, características macroscópicas e tipo histológico. A tomografia computadorizada auxilia na investigação da ressecabilidade da lesão, invasão de órgãos adjacentes e detecção de metástases. A tomografia helicoidal aumentou a acurácia da avaliação da invasão da parede gástrica

(T), que se encontra em torno de 77% com o método e o índice de subestadiamento está em torno de 19%.

A ultra-sonografia endoscópica parece ser o método mais adequado para avaliar a profundidade da lesão. Quando as lesões não são ulceradas, sua acurácia é de 91% nos tumores precoces. O método também é de grande importância para avaliar a ressecabilidade.

O comprometimento linfonodal (N) pode ser avaliado pela tomografia (acurácia de 25% a 51%) e pela ultra-sonografia endoscópica (acurácia de 74% a 87%).

A laparoscopia também é de grande importância na avaliação do estágio do câncer gástrico, principalmente na avaliação dos cânceres avançados.

Comentário

A Associação Brasileira de Câncer Gástrico (ABCG) adota o método da "Japanese Gastric Cancer Association" (JGCA), onde é avaliada a profundidade do tumor (T), a presença de metástases linfonodais (N), peritoneais (P) e hepáticas (H). O estudo citológico do lavado peritoneal ou da ascite também pode ser designado (CY), assim como as outras metástases à distância (M). Quando se desconhece a extensão é utilizada a letra X.

A complementação do estágio é feita no intra-operatório com a avaliação local da doença. Este estadiamento é importante e uniformiza as informações, permitindo o estudo dos resultados e a comparação dos dados obtidos por vários cirurgiões.

**CARLOS ALBERTO MALHEIROS
PAULO KASSAB**

Referências

1. Malheiros CA, Kassab P. Classificação, diagnóstico e estadiamento. In: Gama-Rodrigues JJ, Lopasso FP, Del Grande JC, Safatle NF, Bresciani C, Malheiros CA, et al., editores. Câncer do estômago. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. São Paulo: Andrei; 2002.p.121-38.
2. Rahal F, Pereira V, Malheiros CA, Rodrigues FCM, Gonçalves AJ, editores. Câncer gástrico. In: Condutas normativas-Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 9^o ed. 1998. p.28-47.

Clinica Médica

ASPECTOS DO 7º JOINT

A recente publicação do JNC-VII (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure) destaca alguns aspectos novos em relação à hipertensão arterial sistêmica que é a doença crônica mais prevalente no mundo e um dos principais fatores de risco cardiovascular. Esta publicação ressalta a falha do sistema de saúde na detecção e no controle da hipertensão arterial. Nos Estados Unidos somente 59% dos hipertensos detectados estão em tratamento e em 34% a pressão arterial está controlada. Em países não menos desenvolvidos, como a Inglaterra, o percentual de controle não chega a 9%. Não temos estatísticas no Brasil a respeito do tratamento e controle da hipertensão, e é fácil imaginar como deve ser calamitosa a situação. Por isso é importante a conscientização, tanto da população quanto dos profissionais da saúde.

Os tópicos deste JNC-VII em destaque foram:

- Apresentação de uma nova classificação, onde os indivíduos com PAS (Pressão arterial sistólica) entre 120-139 mm Hg ou PAD (Pressão arterial diastólica) entre 80-89 mm Hg, são considerados pré-hipertensos. Continuou a definição de hipertensão arterial quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140/90 mm Hg. Porém, na classificação em estágios restou apenas dois; Estágio I (PAS entre 140-159 ou PAD entre 90-99 mm Hg) e Estágio II (PAS igual ou superior a 160 ou PAD igual ou superior a 100 mm Hg)
- Em pessoas com idade acima de 50 anos a PAS superior a 140 mm Hg é um fator de risco para todas as doenças cardiovasculares mais importante que a PAD.
- O risco de eventos cardiocerebrovasculares em indivíduos com pressão arterial acima de 115/75 mm Hg, dobra a cada aumento de 20/10 mm Hg.
- As modificações do estilo de vida que mais diminuem os níveis pressóricos são a redução do peso (5-20 mm Hg/10 Kg de PAS) e a dieta rica em frutas, vegetais e com pouca gordura saturada (Dieta DASH).