

TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO CÍSTICO C-KIT NEGATIVO

Cystic gastric stromal tumor negative c-Kit

Leandro C. **BARCHI**, Joaquim **GAMA-RODRIGUES**, Fábio APM **CARVALHO**,
Marcelo C. **BARCHI**, Olivia C. Grimaldi **OLIVEIRA**, Marcelo F. **CARNEIRO**

Trabalho realizado no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:

Joaquim Gama-Rodrigues,
e-mail: gamange@uol.com.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 17/06/2011
Aceito para publicação: 26/05/2012

INTRODUÇÃO

Tumores estromais gastrointestinais (GIST) são raros, representando menos de 1% de todos os tumores gastrointestinais. No entanto, esta é a neoplasia mais frequente não epitelial do trato digestivo. A idade média de diagnóstico é de 58 anos, e as duas estruturas geralmente envolvidas são estômago e intestino¹². Os principais sintomas são dor abdominal e sangramento digestivo², enquanto a apresentação mais frequente é de tumor sólido¹¹. O diagnóstico é confirmado pela histologia e imunoistoquímica, seguidos de análise do CD117 que é positivo em cerca de 95% dos casos⁷. O tratamento preferido é a excisão cirúrgica inicial. Recentemente, a introdução do mesilato de imatinib, um anticorpo monoclonal, trouxe grandes avanços na terapia adjuvante para esses pacientes, especialmente no controle do tumor quando a lesão primária é localmente avançada^{5,9}. O caso apresentado é de GIST gástrico predominantemente cístico c-Kit negativo, mas CD-34 positivo, tratado com sucesso por cirurgia laparoscópica.

RELATO DO CASO

Homem de 59 anos, previamente saudável, apresentou-se com queixas de desconforto abdominal após a alimentação nos últimos três meses. Negava dor abdominal, azia, vômito, alteração do hábito intestinal, sangramento gastrointestinal ou perda de peso. Ultrassom abdominal mostrou cálculos biliares e uma formação cística, expansiva, sólida em epigástrico de causa desconhecida (Figura 1).

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, bem nutrido, eupnéico, corado, anictérico. Os sinais vitais estavam normais e o mesmo para o exame respiratório e

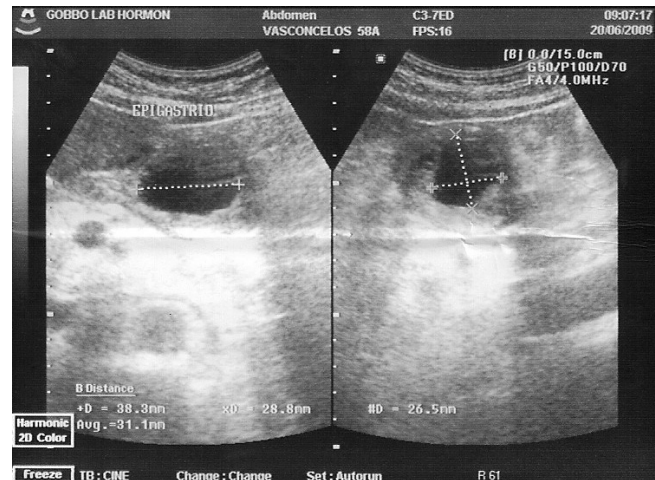


FIGURA 1 - Lesão epigástrica sólido-cística com significativa área central cística

cardiovascular. O abdome era flácido, indolor à palpação, com ruídos intestinais presentes e sem visceromegalia. Tomografia computadorizada e marcadores tumorais (CA-19.9, CEA e alfafeto proteína) foram realizados. Eles eram normais e a endoscopia mostrou, além de pangastrite enantemática, duas lesões elevadas, uma situada na submucosa da parede posterior do antro gástrico com 4 cm de diâmetro, sugerindo GIST, e a outra na parede oposta do antro medindo 1 cm (Yamada I).

Biópsias da 1ª e 2ª lesões foram feitas, mostrando apenas gastrite crônica com hiperplasia folicular; H. pylori foi positivo em grandes quantidades por Giemsa, com ausência de células malignas na histologia.

CT abdominal mostrou, além de colecistolitíase, uma lesão sólido-cística no antro gástrico medindo 4,8 x 4,0 cm com realce periférico após contraste intravenoso, ampla região cística liquefeita e necrótica, o que sugeria GIST gástrico (Figura 2).

Uma vez que o componente cístico era muito predominante, uma ecografia endoscópica foi feita, descrevendo uma lesão hipocócica, irregularmente heterogênea, com componente cístico, parede espessa, medindo cerca de 3,9 x 3,1 cm em seus maiores diâmetros originada na camada submucosa. Foram realizadas uma aspiração de 20 ml de líquido turvo e biópsias da parede do cisto; o aspecto final foi de um cisto gástrico com duplicação. A biópsia e análise do fluido foram negativos para células tumorais.

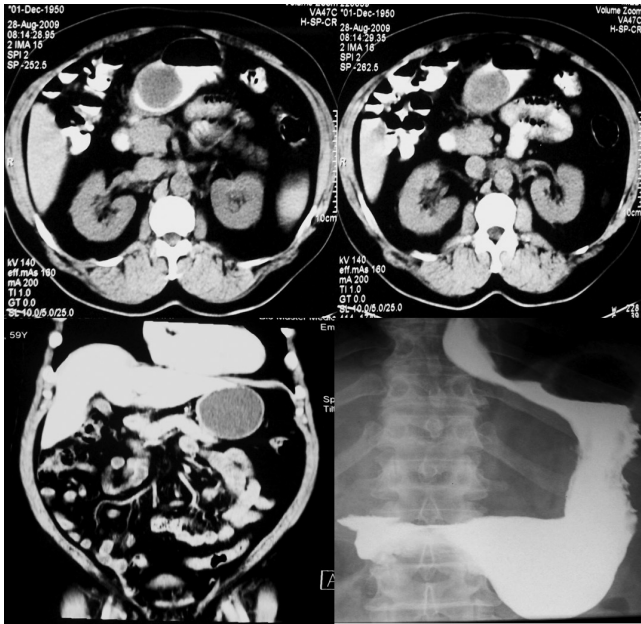


FIGURA 2 - TC e imagem seriográfica com uma lesão sólido-cística no antro gástrico; seriografia do estômago, esôfago e duodeno revelou apagamento leve do antro

Seriografia não mostrou compressões extrínsecas, apenas pequeno apagamento do contraste na região antral. O paciente foi submetido à rotina pré-operatória, avaliação cardíaca e erradicação do *H. pylori* com amoxicilina, claritromicina e lansoprasol durante sete dias.

Ele foi tratado com gastrectomia parcial laparoscópica e reconstrução à Billroth II utilizando a técnica de Polya-Reichel (anastomose gastrojejunal terminolateral, transmesocólica e anisoperistáltica) e colecistectomia. A peça cirúrgica consistiu em uma lesão cística, de paredes espessas e não houve segunda lesão, conforme descrito na endoscopia (Figura 3). A evolução e seguimento pós-operatório foram satisfatórios.

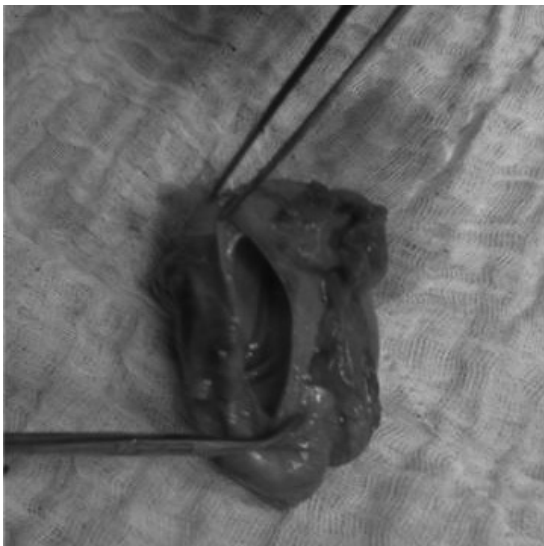


FIGURA 3 - Antro gástrico com lesão cística e componente necrótico na parede do cisto

O exame anatomopatológico revelou neoplasia epitelióide de origem desconhecida, com diâmetro de cerca de 6,0 cm e margens livres. A citologia do fluido foi negativa para células neoplásicas e a análise de marcadores tumorais estavam normais.

DISCUSSÃO

Este grupo distinto de neoplasias mesenquimais consiste em células fusiformes, com núcleos alongados (presente em 70% dos casos), epitelióides com citoplasma abundante e núcleos arredondados ou pleomórficos e mutação do receptor tirosinaquinase. A grande maioria (95%) tem mutação no gene *Kit* que codifica um receptor de membrana, com atividade de tirosinaquinase, reconhecida imunologicamente como CD-117 (c-*Kit*)¹⁵.

O proto-oncogene humano *cK* foi descrito por Yarden et al.¹⁵, em 1987, mas foi Hirota et al.⁸, em 1998 - que curiosamente não menciona Yarden -, que propôs a origem de GIST nas células intersticiais de Cajal e que a mutação *Kit* levaria ao desenvolvimento de neoplasia.

O *Kit* é um receptor tirosinaquinase transmembrana e é responsável por várias funções celulares, entre as quais a proliferação de diferenciação, adesão, apoptose e de células. No GIST a mutação do gene *Kit* conduz à ativação constitutiva de proteínas *Kit* causando estímulo para a proliferação celular sem oposição. Isto leva ao desenvolvimento de tumores. A maioria dos GISTs que expressam *cKit* positivo também é positiva para outros receptores: CD-34 (70% dos casos). Pequena percentagem não tem nenhuma mutação no c-*Kit*, mas sim no receptor do fator de crescimento derivado de plaquetas alfa (PDGRFa). No GIST, se a expressão de c-*Kit* é negativa, a positividade PDGRFa é obrigatória para confirmação diagnóstica.

O DOG1, um anticorpo monoclonal com nenhuma função conhecida, tem elevada especificidade e sensibilidade para GIST e é fortemente expressado na superfície celular. A positividade para ele pode ajudar no diagnóstico, incluindo mutações nas PDGRFa que não expressam c-*Kit* positivo¹⁴. A expressão DOG1 por células neoplásicas neste caso confirma o diagnóstico de GIST, neste contexto clínico e morfológico, que descartou a necessidade de investigação de PDGRFa. Neste caso, a *cK* foi negativa, o que pode ocorrer em apenas cerca de 5% dos casos¹³.

Para o diagnóstico histológico e imunoistoquímico de GIST é recomendado pelo National Institutes of Health (NIH) análise de CD-117, CD-34, 1A4, desmina e o antígeno Ki-67 (proliferação celular), o que não contribui para o diagnóstico mas influencia no prognóstico.

A cirurgia é o tratamento de escolha, com ressecção completa da lesão e com margem de segurança, sem a necessidade de linfadenectomia, porque estes tumores raramente levam à disseminação linfática. DeMatteo et al.³ em 2000, publicou uma revisão de 200 casos de GIST; entre eles 94 já tinham metástases ao diagnóstico. Há apenas 6% de envolvimento linfonodal

em pacientes com doença metastática. Miettinen et al.¹² em 2005, publicou uma revisão de 1.765 casos de GIST gástrico com um longo seguimento e relatou "... o fato de GISTs não desenvolverem metástases linfáticas evita dissecação de linfonodos". A lesão não deve ser enucleada e, se necessário, os órgãos adjacentes envolvidos devem ser removidos. Biópsias (pré ou intra-operatórias) devem ser evitadas, pois podem levar à disseminação de células cancerígenas.

Nos casos de tumores grandes, irressuscáveis, metastáticos ou recorrentes após a operação (50% dos casos)^{3,6} a terapia de escolha tem sido mesilato de imatinib (STI571). Esta terapia inibe a atividade da proteína tirosinaquinase Kit interagindo competitivamente com o local de ligação do ATP no Kit. Sem ATP, a fonte de fósforo utilizado para a função da quinase, a molécula Kit não pode fosforilar o substrato, o que inibe a proliferação celular e induz a apoptose. Deve notar-se que a atividade anti-tumoral depende da administração contínua do fármaco. Os resultados de maiores evidências sugerem que o tratamento adjuvante de um ano produz benefício significativo na sobrevida livre de recidiva, mas não na sobrevida geral nestes pacientes. Há relatos de resistência. Nestes casos, sugere-se a dobrar a dose diária de 400 mg / dia para 800 mg ou substituir o produto pelo maleato de sunitinib (SU11248), um outro inibidor de tirosinaquinase¹⁰.

Imatinib neoadjuvante pode ser aplicado em alguns casos para reduzir o tamanho do tumor e transformar casos inoperáveis, inicialmente, adequados para o tratamento cirúrgico posteriormente. Em aproximadamente 70% dos casos haverá redução no tamanho do tumor^{1,4}.

REFERÊNCIAS

1. Blanke C, Demetri GD, Mehren M, Heinrich M, Eisenberg B, Fletcher J. Efficacy of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumor (GIST) patients according to tumor bulk. Proceedings of ASCO Annual Meeting. Abstract 21. 2007
2. Cruz Jr RJ, Glyniadakis N, Cavalcante RN, Cepeda LA, Vincenzi R. Gastrointestinal hemorrhage caused by advanced duodenal gastrointestinal stromal tumor. *Arq Bras Cir Dig.* 20(4):290-2. 2007
3. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg.* 231(1):51-8. 2000
4. Eisenberg BL, Judson I. Surgery and imatinib in the management of GIST: emerging approaches to adjuvant and neoadjuvant therapy. *Ann Surg Oncol.* 11(5):465-75. 2004
5. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol.* 33(5):459-65. 2002
6. Gress F, Schmitt C, Savides T, Faigel DO, Catalano M, Wassef W, et al. Interobserver agreement for EUS in the evaluation and diagnosis of submucosal masses. *Gastrointest Endosc.* 53(1):71-6. 2001
7. Heinrich MC, Rubin BP, Longley BJ, Fletcher JA. Biology and genetic aspects of gastrointestinal stromal tumors: KIT activation and cytogenetic alterations. *Hum Pathol.* 33(5):484-95. 2002
8. Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, Hashimoto K, Nishida T, Ishiguro S, et al. Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science.* 279(5350):577-80. 1998
9. Lourenço LG, Caponero R. Adjuvant treatment in GISTs. *Arq Bras Cir Dig.* 24(3):239-41. 2011
10. Maki RG, Fletcher JA, Heinrich MC, Morgan JA, George S, Desai J. Results from a continuation trial of SU11248 in patients with imatinib resistant gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Proc Am Soc Clin Oncol.* abstr 9011. 2005
11. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobin LH, Lasota J. Esophageal stromal tumors: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 17 cases and comparison with esophageal leiomyomas and leiomyosarcomas. *Am J Surg Pathol.* 24(2):211-22. 2000
12. Miettinen M, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. *Am J Surg Pathol.* 29(1):52-68. 2005
13. Ramos MFKP, Zilberstein B, Martins BC, Kondo A, Bresciani CJC, Baba ER, et al. Synchronous gastric GIST and adenocarcinoma: case report and literature review. *Arq Bras Cir Dig.* 20(2):134-6. 2007
14. West RB, Corless CL, Chen X, Rubin BP, Subramanian S, Montgomery K, et al. The novel marker, DOG1, is expressed ubiquitously in gastrointestinal stromal tumors irrespective of KIT or PDGFRA mutation status. *Am J Pathol.* 165(1):107-13. 2004
15. Yarden Y, Kuang WJ, Yang-Feng T, Coussens L, Munemitsu S, Dull TJ, et al. Human proto-oncogene c-kit: a new cell surface receptor tyrosine kinase for an unidentified ligand. *Embo J.* 6(11):3341-51. 1987

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

MISSÃO

ABCD - ARQUIVOS BRASILEIROS DE CIRURGIA DIGESTIVA é periódico trimestral com um único volume anual, órgão oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva - CBCD, bilingüe, sendo em português na forma impressa e em inglês online, com acesso feito através do site www.scielo.br/abcd, e tem por missão a publicação de artigos de estudos clínicos e experimentais que contribuam para o desenvolvimento da pesquisa, ensino e assistência na área da gastroenterologia cirúrgica, clínica, endoscópica e outras correlatas. Tem como seções principais: artigos originais, artigos de revisão ou atualização, técnica (detalhes técnicos de idéias cirúrgicas novas), cartas ao editor (inclui relatos de caso, comunicações rápidas e cartas comentando opiniões sobre artigos recentes publicados no ABCD) e artigos de opinião (a convite). Outras seções podem existir na dependência do interesse da revista ou da necessidade de divulgação de temas relevantes que não se incluam nas formas referidas.

MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e destinarem-se exclusivamente ao ABCD e não podem ter sido publicados anteriormente em forma semelhante. Toda matéria relacionada à investigação humana e pesquisa animal deve ter aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - da instituição onde o trabalho foi realizado, ou em outra instituição local ou regional se não houver este comitê onde ela foi desenvolvida. Seguindo as normas correntes da boa prática em pesquisa humana, os pacientes arrolados no estudo devem ter formulário de consentimento livre e informado assinado. Estes dados devem ser informados nos manuscritos enviados.

O ABCD apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação - em relação aos artigos oriundos de estudos controlados aleatórios (randomized controlled trials), ensaios clínicos (clinical trials), pesquisas que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE (www.icmje.org) -, os artigos que vierem acompanhados do número de identificação do registro do trabalho no final do resumo.

Os artigos originais, escritos em português ou inglês, devem ser enviados eletronicamente por e-mail para abcd@evangelico.org.br (telefone (41) 3240 5488), quando então o(s) autor(es) receberão resposta, também por essa via, notificando seu recebimento. Esta confirmação não garante a publicação do artigo, mas sim confirma o recebimento e o encaminhamento para análise editorial. A redação dos manuscritos deve obedecer à forma escolhida pelo autor dentre as seções do ABCD e detalhadas mais adiante.

Os artigos devem ser digitados em espaço simples em fonte Arial tamanho 12, numerando-se as páginas consecutivamente, iniciando a contagem na do título. O tamanho máximo do texto, incluindo referências, tabelas e ilustrações, deve ser de até 15 páginas para artigos originais e artigos de revisão, cinco para cartas ao editor e artigos de opinião. As tabelas e ilustrações devem vir logo após terem sido citadas no texto e não ao final do trabalho. Todos os conceitos e assertivas científicas emanadas pelos artigos, ou as publicidades impressas, são de inteira responsabilidade dos autores ou anunciantes. A fim de efetuar uniformização da linguagem de termos médicos, os autores deverão utilizar a Terminologia Anatómica, São Paulo, Editora Manole, 1ª Ed., 2001, para os termos anatômicos. O ABCD tem a liberdade de fazer a caso o(s) autor(es) não a tenham seguido.

Todo artigo submetido à publicação, escrito de maneira concisa e no todo na terceira pessoa do singular ou plural, deve constar de uma parte pré/pós-textual e uma textual.

PARTE PRÉ/PÓS TEXTUAL

Deve ser composta por: 1) título em português e em inglês; 2) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); 3) identificação do(s) local(is) onde o trabalho foi realizado, ficando clara a(s) instituição(s) envolvidas, cidade, estado e país; 4) nome e endereço eletrônico do autor responsável; 5) agradecimentos após as conclusões, quando pertinentes; 6) resumo, que não deve conter abreviaturas, siglas ou referências, em até 300 palavras, parágrafo único e estruturado da seguinte forma: artigo original - racional, objetivo, método(s), resultados e conclusão(ões); cartas ao editor não deve apresentar resumo; artigo de revisão: introdução, (objetivo - opcional), método, mencionando quantos artigos foram escolhidos do universo consultado, o período de consulta, os descritores utilizados, as bases de dados pesquisadas, síntese das subdivisões do texto e conclusão; 7) abstract, contendo as mesmas divisões, informações científicas e obedecendo a mesma forma redacional usada para o em português redigidas da seguinte forma: original article - background, aim, method(s), results, conclusion; letter to the editor sem abstract; review article - background, (aim - opcional), method, conclusion; 8) descritores, no máximo cinco palavras-chave, que estejam contidas nos Descritores de Ciências da Saúde - DeCS <http://decs.bvs.br/> ou no MESH site www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html (atenção: não devem ser citadas palavras-chave que não constem no DeCS/MESH, pois elas serão recusadas); 9) headings (palavras-chave em inglês), da forma como aparecem no DeCS ou MESH.

PARTE TEXTUAL

Pode conter poucas siglas - evitadas ao máximo -, e usadas somente para palavras técnicas repetidas mais de 10 vezes no texto. Elas devem ser postas entre parênteses na primeira vez em que aparecer e a seguir somente as siglas. A divisão do texto deve seguir a seguinte orientação:

artigos originais - introdução (cujo último parágrafo será o objetivo), método(s), resultados, discussão, conclusão(ões) (se o artigo não tiver conclusões, a sugestão final pode ser dada no último parágrafo da discussão) e no máximo 30 referências;
artigos de revisão - introdução, método (referir as palavras-chave procuradas, as bases de dados pesquisadas e o período de tempo analisado), revisão da literatura (pode ser dividida em sub-temas aglutinando os achados encontrados, podendo ser incluída a experiência dos autores), conclusão(ões) (sumário das tendências atuais) e no máximo 40 referências;
artigos de opinião (editoriais) - deverão ser feitos sob convite do Conselho Editorial;

cartas ao editor para relatos de caso - introdução, relato do caso, discussão (com revisão da literatura se houver), ilustrações e no máximo 10 referências;

cartas ao editor para comunicações e opiniões - redação clara sobre o comentário que se pretende publicar em no máximo cinco páginas, podendo ou não conter referências;

referências - normalizadas segundo as Normas de Vancouver (Ann Inter Med 1997; 126:36-47 ou site www.icmje.org itens IVA.9 e V), sendo que serão aceitas até 30 referências para artigos originais e 40 de revisão, e até 10 para relatos de casos ou comunicações. Relacionar a lista de referências com os autores por ordem alfabética do sobrenome do primeiro autor e numerá-las em números arábicos sequenciais. Na citação no texto, utilizar o número da referência de forma sobrescrita sem parêntesis. Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada de acordo com List of Journal Indexed in Index Medicus. Não devem ser citados livros ou teses para as quais não existam possibilidades de acesso online. A literatura brasileira pertinente deve ser pesquisada e citada dentre as referências, sendo este ponto motivo de não aceitação do trabalho, caso os revisores encontrem-nas nas bases existentes online.

O texto do trabalho deve ser auto-explicativo, ou seja, ele deve trazer claramente a interpretação e síntese dos dados sem que o leitor tenha a necessidade de, para tanto, recorrer aos gráficos, tabelas, quadros ou figuras. Deve-se evitar dizer: "Os resultados estão descritos na Tabela 1" e não descrevê-los no texto. Da mesma forma as tabelas, gráficos, quadros e figuras devem ser auto-explicativos, ou seja, se o leitor quiser evoluir sua leitura somente utilizando-os, ao final ele poderá interpretar os resultados da mesma maneira que lendo unicamente o texto.

ILUSTRAÇÕES: GRÁFICOS, QUADROS, FOTOGRAFIAS E TABELAS

Adicionalmente ao texto podem ser enviadas no máximo SEIS ilustrações, que quando na forma de gráficos, quadros, fotografias, esquemas são chamadas de Figuras, e as na forma de padrão de tabelas, chamadas de Tabelas. Todas devem ser citadas no manuscrito no local onde devem aparecer - quer entre parênteses, quer referidos na própria redação -, e serem colocadas no manuscrito logo após terem sido citados no texto e não ao final do trabalho. Cuidado especial deve ser tomado para que não haja redundância entre eles, ou seja, ter um gráfico que mostre a mesma coisa que uma tabela, por exemplo. Se isso ocorrer, o revisor do artigo sugerirá ao Editor a eliminação do que achar redundante.

Ilustrações, quando pertinentes, devem ser encaminhadas em preto e branco e em cores, numerados com algarismos arábicos e com seu título e legendas localizadas no rodapé. Tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, tendo seu título na parte superior e explicações dos símbolos e siglas no rodapé. Figuras, numeradas em algarismos arábicos, são fotografias ou desenhos e devem ser enviados em resolução mínima de 300 DPI (figuras coloridas impressas são de custo pago pelos autores e online SciELO são sem custos). O título e legendas devem vir localizados no rodapé. Figuras previamente publicadas devem ser citadas com a permissão do autor.

PEER REVIEW

Os estudos submetidos ao ABCD são encaminhados a dois revisores de reconhecida competência no tema abordado, designados pelo Conselho Editorial da revista (peer-review) e que são orientados a verificar a relevância da contribuição médica do artigo, originalidade existente, validade dos métodos empregados, validade dos resultados e o aspecto formal da redação. O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação. Os artigos recusados serão devolvidos. Os artigos aprovados ou aceitos sob condições, poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações maiores no processo de revisão ou editoração, e que possam modificar o sentido do exposto no texto enviado.

CONDIÇÕES OBRIGATORIAS (LEIA COM ATENÇÃO)

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que no artigo não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM no 1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos, e quando houver, citá-lo em rodapé mencionando a empresa e relação com o interesse, podendo ser recusado se colidir com normas vigentes sobre o tema; 2) que não há fonte financiadora e quando houver - não há impedimento quando ela existir -, citá-la em rodapé; 3) que o trabalho foi submetido a CEP que o aprova; 4) que concede os direitos autorais para publicação ao ABCD; e 5) que autoriza o Editor-Chefe e/ou Corpo Editorial da revista a efetuar alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico do ABCD, podendo remover redundâncias, retirar tabelas e/ou ilustrações que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. CASO HAJA DISCORDÂNCIAS QUANTO ÀS ESTAS PREMISSAS, OS AUTORES DEVERÃO ESCREVER CARTA DEIXANDO EXPLÍCITO O PONTO EM QUE DISCORDAM E O ABCD TERÁ ENTÃO NECESSIDADE DE ANALISAR SE O ARTIGO PODE SER ENCAMINHADO PARA PUBLICAÇÃO OU DEVOLVIDO AOS AUTORES. Para melhor entendimento, caso haja conflito de interesse ele deve estar mencionado ao final das referências com o texto: "O(s) autores (s) (nominá-los) receberam research grant da empresa (mencionar o nome) para a realização deste estudo". Quando houver fonte financiadora ela deve, também no mesmo local, ser identificada.

SUGESTÃO

Modo simples de melhor entender as regras para publicação aqui emanadas é consultar artigos recentemente publicados no ABCD e verificar o modo como estão escritos. Para tanto acesse o site: www.scielo.br e busque artigos de sua escolha dentre as publicações online do ABCD.

ENDEREÇO PARA CONTATO PESSOAL OU VIA CORREIO:

ABCD - ARQUIVOS BRASILEIROS DE CIRURGIA DIGESTIVA

Al. Augusto Stelfeld, 1980 - Bigorrrilho

CEP 80730-150 - Curitiba - PR - Brasil

Tel./Fax: (0xx41) 3240-5488 (Bruno L. Ariede)

e-mail: abcd@evangelico.org.br