

## 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 3<sup>rd</sup>, 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<sup>o</sup> 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).