

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).

- Os diuréticos tipo tiazidas devem ser utilizados no tratamento farmacológico da maioria dos pacientes com hipertensão arterial não complicada, únicos ou em combinação com outras classes de drogas.
- A maioria dos pacientes hipertensos necessita de duas ou mais classes de medicamentos para atingir o objetivo preconizado (PA inferior a 140/90 mm Hg, ou inferior a 130/80 mm Hg nos diabéticos ou com doença renal crônica).
- Se a pressão arterial está 20/10 mm Hg acima do objetivo pressórico a ser alcançado, deve-se considerar a terapia com dois agentes, dentre os quais um pertencente à classe dos diuréticos tipo tiazida.

Comentário

Um dos aspectos mais polêmicos deste Joint VII foi a classificação de pré-hipertensos, que causou uma discussão muito grande no meio médico. Porém, é plenamente justificável, em vista destes indivíduos terem uma probabilidade maior de virem a ser hipertensos. E este alarme mobilizou a sociedade em geral para as graves conseqüências da hipertensão e da necessidade de uma conscientização geral, inclusive da classe médica. Neste grupo de indivíduos, se enfatiza a necessidade de mudança de estilo de vida como medida terapêutica, não havendo necessidade de intervenção farmacológica. Outro tópico muito importante foi priorizar os diuréticos tiazídicos entre os medicamentos mais eficientes quando não existir condições clínicas associadas que necessitem de um medicamento anti-hipertensivo em especial. E sempre reforça que nas associações, se não existir contra-indicação, o diurético é em geral uma boa escolha. O suporte para estas considerações terapêuticas está baseado em um grande estudo, patrocinado pelo governo americano (ALLHAT), onde o diurético foi pelo menos igual em reduzir eventos cardiocerebrovasculares em relação aos medicamentos mais recentes e evidentemente mais caros. Este aspecto financeiro nos dias atuais tem papel fundamental, pois deveríamos estar tratando 25% da população mundial, que é hipertensa.

Rui Póvoa

Referências

1. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-72.
2. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). JAMA 2002; 228:2981-97.

Emergência

MARCADORES INFLAMATÓRIOS E PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR: APLICAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA

A aterosclerose foi considerada doença degenerativa durante muitas décadas. Durante os anos 90, passou-se a compreender que, mais que degenerativa, a aterosclerose é uma resposta inflamatória a diversos fatores genéticos e ambientais.

Recente "Guideline" abordou a aplicação de marcadores inflamatórios (exames sanguíneos), para a prevenção de eventos cardiovasculares¹, diretriz publicada pela American Heart Association.

O texto analisou diversos fatores inflamatórios e concluiu que nenhum deve ser utilizado preventivamente em saúde pública. Contudo, concluiu que proteína-C reativa, com técnica quantitativa, ultra-sensível, é exame de alto valor preventivo²⁻⁴.

A proteína-C reativa deve ser dosada com rotina, mas apenas em pacientes com alto risco para doença cardiovascular (pacientes diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos, fumantes, com história familiar evidente, ou com múltiplos fatores de risco) e, como prevenção secundária, em pacientes com doença cardiovascular comprovada.

Comentário

É notório que a doença aterosclerótica visa causar morte natural das pessoas, conforme o envelhecimento. Ocorre sobremaneira nas artérias coronárias, nas carótidas e nas artérias cerebrais. Fica evidente a intenção da natureza em controlar a sobrevida, dando prioridade às proles, ou seja, às pessoas mais jovens.

De fato, aterosclerose parece ser uma resposta inflamatória em resposta a diversos

fatores genéticos e ambientais de risco, como que um tipo de relógio biológico, de certa forma, um pouco impreciso. Contudo, pessoas idosas que demonstram atividade física expressiva, e em tese úteis para apoio de suas proles (isso para o homem natural), parecem de alguma forma prolongar a sobrevida.

Na última década, vários exames sanguíneos de atividade inflamatória foram identificados como fatores independentes (corrigidos para riscos tradicionais), capazes de prever risco elevado de eventos cardiovasculares. Diversos podem ser citados: proteína-C reativa²⁻⁴, amiloide-A, fibrinogênio, velocidade de hemossedimentação, leucócitos totais, interleucinas, adesividade de leucócitos e plaquetas, moléculas de adesão em leucócitos, plaquetas e no endotélio arterial, atividade da mieloperoxidase dos leucócitos (atividade leucocitária), fatores quimiotáticos de leucócitos e de plaquetas, fatores proliferativos derivados de diversos tipos de célula, em fim, inúmeros^{1,2}.

O referido guideline¹ traz conclusão prática. Apenas proteína-C reativa (ultra-sensível) é exame suficientemente estudado para ser aplicado na prática clínica. Conclui também que não deve ser usada para prevenção pública ou generalizada. Trata-se de um preditor confiável para pacientes com alto risco para doença cardiovascular (diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos, fumantes, com forte história familiar ou múltiplos fatores de risco). Assim, deve ser exame de rotina nestas condições. Em pacientes com doença cardiovascular comprovada, para prevenção secundária, o Guideline recomenda examinar proteína-C reativa periodicamente, como espelho de eficácia dos medicamentos e do estilo de vida sobre a atividade inflamatória da aterosclerose.

CAIO BRITO VIANNA

Referências

1. Pearson TA, Mensah GA, Alexander RW, Anderson JL, Cannon RO 3rd, Criqui M, et al. Markers of inflammation and cardiovascular disease: application to clinical and public health practice: A statement for healthcare professionals from the Centers for Disease Control and Prevention and the American Heart Association. Circulation 2003; 107:499-511.