

impressionante. Se os resultados com a ciclina E forem confirmados por outros investigadores, indubitavelmente o modo atual de selecionar tratamento adjuvante será totalmente revolucionado em futuro próximo.

**RICARDO MARQUES
ANTONIO CARLOS BUZAID**

Referências

1. Keyomarsi K, Tucker SL, Buchholz TA, Callister M, Ding Y, Hortobagyi GN, et al. Cyclin E and survival in patients with breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347(20):1566-75.
2. Van der Vijver MJ, He YD, Van't Veer LJ, Dai H, Hart AA, Voskuil DW, et al. A gene-expression signature as a predictor in breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347(25):1999-2009.

Clinica Cirúrgica

CÂNCER GÁSTRICO OPERADO COM MARGENS COMPROMETIDAS-REOPERAÇÃO?

Estima-se que aproximadamente 20% das gastrectomias feitas por câncer são consideradas inadequadas no que diz respeito às margens de ressecção. A sobrevivência dos pacientes com margens cirúrgicas comprometidas é significativamente menor do que os pacientes com margens livres, 15%–25% e 40%–50%, respectivamente.

Várias publicações oferecem recomendações ambíguas frente a estas situações. Hallissey et al.¹ defendiam somente a observação clínica dos pacientes que apresentassem margens cirúrgicas comprometidas. Songun et al.² advogavam que, na presença de comprometimento histológico das margens, a reoperação deveria sempre ser realizada.

Cascinu et al.³, em análise envolvendo 259 pacientes com tumores T2 ou T3 e com ou sem linfonodos positivos (N+ ou N0), submetidos à ressecção curativa (R0), tiveram margens comprometidas em 8,4% dos pacientes. Nos tumores de localização proximal e nas neoplasias indiferenciadas, o evento foi observado de forma estatisticamente mais significativa. Os pacientes não foram submetidos a reoperações. A sobrevivência

foi de 12 meses para os pacientes com margens comprometidas e de 22 meses para os com margens livres. Porém, quando estratificaram os resultados, observaram que a sobrevivência foi significativamente menor nos pacientes que não apresentavam comprometimento linfonodal. Dessa forma, recomendam que a reoperação somente deva ser cogitada nos pacientes que não apresentem metástases linfonodais.

Kim SH et al.⁴ concluem que os pacientes com margens comprometidas que apresentem cinco ou mais linfonodos acometidos pela neoplasia não se beneficiam com a reabordagem, uma vez que a disseminação linfonodal por si só seria o principal fator de precariedade prognóstica.

Comentário

Deparar-se com um resultado anatomo-patológico, após uma ressecção gástrica oncológica, que revele margens cirúrgicas comprometidas é uma situação extremamente desagradável para o cirurgião, porém deve ser vista com muita prudência.

As evidências têm demonstrado que as reabordagens para ampliação das margens de ressecção não oferecem benefícios para o paciente na vigência de metástases linfonodais.

O cirurgião e o endoscopista não são capazes de determinar com precisão os limites do tumor, principalmente nas lesões infiltrativas (Borrmann 4), cuja disseminação se dá predominantemente via submucosa.

Entretanto, alguns cuidados devem ser tomados principalmente quando operam-se neoplasias proximais do estômago e que tenham um baixo grau de diferenciação histológica.

O exame da biópsia por congelação das margens na sala de cirurgia é uma ferramenta de grande utilidade e deve ser considerado passo obrigatório nessas ocasiões.

**OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO
ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB**

Referências

1. Hallissey MT, Jewkes AJ, Dunn JA, Ward L, Fielding JW. Resection line involvement in gastric cancer: a continuing problem. *Br J Surg* 1993; 80:1418-20.

2. Songun I, Bonekamp JJ, Hermans J, van Krieken JHJM, Van de Velde CJH, Cooperating Investigators of the Dutch Gastric Cancer Trial. Prognostic value of resection-line involvement in patients undergoing curative resections for gastric cancer. *Eur J Cancer* 1996; 32A:433-7.

3. Cascinu S, Giordani P, Catalano V, Agostinelli R, Catalano G. Resection-line involvement in gastric cancer patients undergoing curative resections: implications for clinical management. *Jpn J Clin Oncol* 1999; 29:291-3.

4. Kim SH, Karpeh MS, Klimstra DS, Leung D, Brennan MF. Effect of microscopic resection line disease on gastric cancer survival. *J Gastrointest Surg* 1999; 3(1):24-33.

Clinica Médica

D-DÍMERO PARA EXCLUSÃO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Apesar de amplamente usado em todo o mundo e de fazer parte de várias diretrizes para o diagnóstico de tromboembolismo venoso¹, o D-Dímero ainda gera insegurança quanto ao seu real valor clínico e sua capacidade de descartar quadros de trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). Para aliviar a incerteza dos profissionais frente a estas situações, foi publicado na revista *Annals of Internal Medicine*, em 20 de abril de 2004, por Stein et al.² uma revisão sistemática da literatura para acessar a sensibilidade, especificidade e razão de probabilidade (likelihood ratio) dos diferentes tipos de técnica para mensuração do D-Dímero e a variabilidade dessas medidas entre os estudos de diagnóstico de TVP e TEP. Estudos em todas as línguas foram identificados procurando-se o PubMed de 1983 a janeiro de 2003 e a EMBASE de 1988 a janeiro de 2003.

Os pesquisadores selecionaram os estudos prospectivos que compararam o D-Dímero com os gold standarts referência. Estudos com alta qualidade metodológica foram incluídos em uma análise comparativa, enquanto estudos mais fracos foram incluídos apenas na análise de sensibilidade.