
Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. de Direito Dra. Maria Isabela Freire Cardoso

PROCESSO Nº.: 433180066923

SECRETARIA: 1ª UJ - 2º JD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: M. R. S.

IDADE: 36 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/exame complementar Tomografias computadorizadas de abdome superior; torax; pescoço; pelve/bacia/abdome inferior.

DOENÇA(S) INFORMADA(S): C 16

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Tumor maligno de estômago - adenocarcinoma gástrico em anel de sinete

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 22.599

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2017.000517

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito informações acerca do insumo pretendido, a patologia apresentada, bem como sobre o tratamento prescrito e a competência para o seu fornecimento.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos datados de 27/01/2018, trata-se de MRS de 36 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico em anel de sinete, avançado com metástases cervical e linfadenomegalia abdominal disseminada (retroperitoneal, tronco celíaco, mesentérica, para caval, interaórticocava, paraaórtica). Em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pela oncologia da Irmandade Nossa Senhora das Mercês, utilizando quimioterapia anti-blástica com Docetaxel. Vem apresentando resposta com diminuição discreta da linfadenomegalia abdominal, avaliada por meio de

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

tomografia abdominais, torácica e cervical. Necessita da realização dos exames pelo SUS para avaliar resposta ao tratamento instituído.

O câncer gástrico, apesar do decréscimo na prevalência observado nas últimas quatro décadas, ocupa o segundo lugar em número de óbitos no mundo e também no Brasil. Incide mais freqüentemente entre 50 e 70 anos de idade, sendo duas vezes mais prevalente nos indivíduos do no sexo masculino. Em 30-65% dos casos acomete as regiões do antro e piloro, ocorrendo também no corpo em 40% e fundo e cárdia em 20-40% dos casos, sendo que esta última localização tem se tornado mais frequente nos últimos anos. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum (85-90% dos casos), seguido pelos linfomas (4-8%) e sarcomas (2%).

Apesar da etiologia ser desconhecida, há fatores hereditários e não hereditários claramente associados ao aparecimento e desenvolvimento do câncer gástrico. O principais fatores de risco são: infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*; idade avançada e sexo masculino; hábitos de vida como dieta pobre em produtos de origem vegetal, rica em sal e de alimentos defumados ou conservas, e tabagismo; gastrite atrófica crônica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos gástricos e gastrite hipertrófica gigante; história pessoal ou familiar de câncer gástrico e a polipose adenomatosa familiar.

O adenocarcinoma do estômago pode ser subdividido em difuso de Lauren e intestinal. O primeiro apresenta-se com padrão infiltrativo, com extensão submucosa e metástases precoces e o segundo como tumor mais diferenciado, que evolui principalmente de lesões pré-malignas.

O diagnóstico de câncer gástrico é feito geralmente a partir da investigação de queixa clínica inespecífica relacionada a doenças benignas do trato digestivo como epigastralgia, plenitude gástrica, sangramento digestivo alto ou baixo, náusea e vômito ou de sintomas constitucionais de perda de peso, anorexia e astenia. Em alguns casos a doença pode cursar assintomática, inclusive na sua fase mais avançada, já com metástases. Essa semelhança com doenças benignas leva muitas vezes ao diagnóstico tardio da doença, uma vez

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

que a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é muitas vezes postergada, especialmente em pacientes jovens. No câncer gástrico a EDA permite a localização de lesões, realização de biópsia, investigação da mucosa gástrica e fornece espécimes para estudo histopatológico. O câncer gástrico também pode ser diagnosticado por imagem pelo estudo radiográfico contrastado com duplo contraste, com sensibilidade, semelhante ao da EDA com biópsia, embora não forneça informações quanto a profundidade da invasão mural, a extensão da disseminação metastática e nem do tipo histológico. Os aspectos radiológicos clássicos observados são: presença de área de acúmulo de contraste de contornos irregulares ou aspecto nodular, com projeção para dentro da parede gástrica; pregas gástricas distorcidas ou espessadas, não-convergentes e que não alcançam o nicho ulceroso; presença do menisco de Carman-Kirklin. Em fase mais avançada, observam-se estreitamento e rigidez do corpo e antro gástrico, produzindo o aspecto de linite plástica. Após o diagnóstico de câncer, **a tomografia computadorizada (TC) de abdome, pelve e tórax, com contraste oral e venoso, deve ser realizada para definir o estadiamento e planejar o tratamento. A TC determinará se a doença está restrita ao estômago, ou se já se encontra disseminada para os linfonodos regionais, quando ainda é passível de tratamento cirúrgico, ou para outros órgãos, como fígado, baço, pâncreas, vias biliares, cólon transversal, pulmões, peritônio e linfonodos cervicais.** Quando ela é metastática, e o tratamento passa a ter caráter paliativo, sem possibilidade de cura. Frequentemente a doença já se apresenta em estágios avançados na ocasião do diagnóstico. A busca por metástases desempenha papel preponderante no estadiamento e consequente manejo do paciente, revelada pela TC. A disseminação para linfonodos ocorre quando o tumor invade o sistema linfático da parede gástrica. Primeiramente atinge os linfonodos regionais e, posteriormente, aqueles situados a distância, como nas regiões supraclavicular esquerda (Virchow), cervical e umbilical. Este fenômeno é observado em 36% dos carcinomas diferenciados e em 44% das neoplasias infiltrativas difusas. A carcinomatose

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

peritoneal é a forma mais comum de metástase a distância do carcinoma gástrico, especialmente nos pacientes com envolvimento da serosa e não dos linfonodos regionais. Pode ser observada em até 50% dos pacientes que se apresentam com doença metastática e em 16% dos pacientes sem evidência de doença disseminada. A metástase para ovário (tumor de Krukenberg) freqüentemente ocorre durante a disseminação peritoneal. Metástases hematogênicas para o pulmão são vistas a TC de tórax como múltiplos nódulos periféricos, de tamanhos variáveis e contornos bem definidos. Naqueles pacientes em que persiste a dúvida em relação ao comprometimento dos linfonodos ou à presença de doença mais avançada na parede do estômago, recomenda-se a Eco-Endoscopia (USE). A Ressonância magnética deve ser solicitada quando seu resultado tiver potencial de alterar a conduta terapêutica inicial. Exames laboratoriais realizados para avaliar as condições clínicas do paciente e marcadores tumorais como CA 72-4, CA 19-9 e CEA podem ser medidos e se elevados são indicativos doença extensa e pior prognóstico.

O câncer gástrico tem seu prognóstico e tratamento definidos pela localização e estadiamento do tumor, número de linfonodos ressecados e acometidos e presença de metástases. O tratamento mais efetivo ainda não foi estabelecido. Sociedades e diretrizes nacionais e internacionais propõe um algoritmo de tomada de decisão para o tratamento do câncer de estômago que envolve cirurgia, radioterapia e quimioterapia, na tentativa de modificar a história natural da doença. O melhor prognóstico é associado ao câncer inicial que pode ser curado com a cirurgia em até 90% dos casos. O momento em que cada uma das opções terapêuticas será instituída, combinadas ou não, e a sequência dos tratamentos varia conforme experiência e os recursos humanos e tecnológicos da instituição ou a preferência do paciente e de seu médico. A cirurgia é o único tratamento que isoladamente, até este momento, tem intenção curativa. Quase 85% dos pacientes com este diagnóstico serão candidatos a cirurgia e, destes a 50% poderá ser ressecada e um quarto será com intenção curativa. No entanto, a taxa de recidiva após a cirurgia é alta. A extensão da

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

resseção e da linfadenectomia assim como o momento da cirurgia em relação a outros tratamentos oncológicos devem ser definidos de acordo com a localização do tumor, o estadiamento, as condições clínicas do paciente e a experiência da equipe assistencial. Nos pacientes com doença avançada, a quimioterapia paliativa demonstrou ser melhor opção, com impacto benéfico sobre a sobrevida e a qualidade de vida (QV). Havendo resposta clínica inicial, o tratamento deve ser suspenso caso o paciente apresente progressão da doença ou intolerância ao tratamento. Inexiste benefício demonstrado de tratamento de manutenção, apesar da alta taxa de recidiva em pacientes com doença avançada. São usados esquemas de 2 fármacos com fluoropirimidina (fluorouracila ou capecitabina) associado aos derivados da platina. No caso de recidiva, é indicada para pacientes com bom status, a quimioterapia com medicamentos não utilizados na primeira linha, apesar de nenhum estudo de fase III ter sido realizado com esse grupo de pacientes separados dos com doença avançada já ao diagnóstico. A terapia alvo, em casos avançados, com trastuzumabe que superexpressam o receptor HER2, vem sendo usada como opção nesta situação clínica. Porém, ainda existe um grau de incerteza quanto ao benefício destes medicamentos na sobrevida ou QV destes pacientes. A radioterapia pode ser utilizada em combinação com quimioterapia, antes ou depois da cirurgia

A eficácia do tratamento deve ser monitorada mas inexistem estudos fase III definindo o impacto da monitorização pós-tratamento do câncer gástrico em relação à sobrevida ou à qualidade de vida. A maioria das diretrizes do câncer gástrico tem como objetivo detectar a recorrência precoce da doença e melhorar a QV do paciente; no entanto, **faltam detalhes sobre o modo, a duração e a intensidade da vigilância.** As diretrizes da National Cancer Comprehensive Network (NCCN) sugerem que todos os pacientes devem ser seguidos após a cirurgia, incluindo uma história completa e exame físico a cada 3-6 meses nos anos 1-2, a cada 6-12 meses nos anos 3-5 e a cada 12 meses a partir de então. Investigações com exames complementares são recomendadas e clinicamente indicadas pelos sintomas. As

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

diretrizes da Sociedade Europeia de Oncologia Médica e as diretrizes britânicas e escocesas afirmam que não existem evidências que apóiem a noção de que o acompanhamento regular melhora os desfechos dos pacientes e recomenda visitas guiadas por sintomas com investigações direcionadas apenas em pacientes candidatos a tratamento adicional. É razoável supor que os pacientes experimentem benefícios pela vigilância pós-cirúrgica, já que a detecção precoce de recorrência requer intervenções que podem levar a vantagem de sobrevida e/ou aumento na QV. Assim o acompanhamento fica a **critério médico, sendo instituídos consultas regulares e exames complementares, seguindo recomendações baseadas na opinião de especialistas. Resultado de metanálise mostraram que a TC é o método de imagem mais sensível e específico na detecção de metástases, principalmente hepática e assim como para detecção de recidivas. A USE mostrou ser o método mais sensível e específico para detecção de metástases peritoneais. Nos tumores não ressecados, ou avançados, a avaliação da resposta terapêutica deve ser feita por EDA e TC e exames solicitados de 3 a 6 meses no primeiro e segundo anos e, após, a cada 6 a 12 meses por um período longo de seguimento, visto que recidivas tardias podem ocorrer ou ausência de resposta ao tratamento paliativo. O tratamento químico e radioterápico devem ser interrompidos no caso de sinais clínicos, laboratoriais ou de imagem que indiquem progressão da doença ou na presença de efeitos colaterais que comprometam a efetividade do tratamento.** Desde da sua introdução, no final dos anos 1970, a TC foi associada ao uso de contraste e tem sido muito útil para auxiliar o diagnóstico de câncer e avaliar a resposta ao tratamento. A tomografia por ser um exame não invasivo, capaz de mostrar a forma, tamanho, localização e aspectos da vascularização do tumor, além da relação com as estruturas adjacentes e a presença de disseminação perfaz esta indicação.

No SUS estão disponíveis os procedimentos diagnósticos de tratamento do câncer gástrico descritos nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas Adenocarcinoma de Estômago e incluem a EDA e TC como

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

exames complementares de para diagnóstico e monitoramento e a cirurgia, quimio e radioterapia. como tratamento. A USE não foi incorporada nesta diretriz como exame parte da propedêutica

Conclusão: no caso em tela há **necessidade de exames de TC para paciente de 36 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, avançado com metástases em tratamento quimioterápico pelo SUS.**

As Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas Adenocarcinoma de Estômago do SUS disponibilizam os procedimentos diagnósticos, EDA e TC e tratamento cirúrgico, quimioterápicos e radioterapia.

A eficácia do tratamento do câncer gástrico deve ser monitorada mas inexitem estudos fase III definindo o impacto da monitorização pós-tratamento em relação à sobrevida ou QV. A maioria das diretrizes objetivam detectar a recorrência precoce da doença e a melhoria da QV; faltando detalhes sobre o modo, duração e intensidade da vigilância. O acompanhamento fica a critério médico, sendo instituídos consultas regulares e exames complementares de EDA e TC, seguindo recomendações baseadas em opinião de especialistas. Metanálises mostraram que a TC é o método de imagem mais sensível e específico na detecção de metástases e de recidivas principalmente hepáticas. Nos tumores não ressecados, a avaliação da resposta terapêutica deve ser feita por EDA e TC e exame clínico de 3 a 6 meses nos anos 1-2 e, após, a cada 6 a 12 meses indicando quanto a conveniência de modificar, persistir ou suspender o tratamento.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Barros RHO, Penachim TJ, Martins DL, Andreollo NA, Caserta NMG. Tomografia computadorizada de múltiplos detectores no estadiamento pré-operatório do adenocarcinoma gástrico. **Radiol Bras.** 2015; 48(2):74–80.
2. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas Adenocarcinoma de Estômago.

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agosto de 2017 24p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio Diretriz Diagnostica e Terepeutica do Adenocarcinoma de Estomago CP 42 2017 1.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_Diretriz_Diagnostica_e_Terepeutica_do_Adenocarcinoma_de_Estomago_CP_42_2017_1.pdf).

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 03, de 15 de Janeiro de 2018. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Estômago. 52p. Disponível em: [http://portalarquivo2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/janeiro/17/Portaria-Conjunta-DDTAdenocarcinoma -deEstomago-17-07-2018.pdf](http://portalarquivo2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/janeiro/17/Portaria-Conjunta-DDTAdenocarcinoma-deEstomago-17-07-2018.pdf).

4. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LG, Kassab P, Jacob CE, Weston AC, Bresciani CJC, Castro O, Gama-Rodrigues J e Grupo do Consenso. Consenso Brasileiro sobre Câncer Gástrico: diretrizes para o câncer gástrico no Brasil. **Arq Bras Cir Dig** 2013;26(1):2-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n1/02.pdf>.

5. Cardoso R, Coburn NG, Seevaratnam R, Mahar A, Helyer L, Law C, Singh S. A systematic review of patients surveillance after curative gastrectomy for gastric cancer: a brief review. **Gastric Cancer** 2012;15(1 Supplement) S164- 7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10120-012-0142-9>.

6. Wang Z, Chen JQ. Imaging in assessing hepatic and peritoneal metastases of gastric cancer: a systematic review. **BCM Gastroenterology** 2011, 11-9 . Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/11/19>.

V – DATA:

27/06/2018 NATJUS - TJMG