

Os tumores do aparelho digestivo representam juntos uma grande fração dos tumores humanos. São praticamente incuráveis quando apresentam-se disseminados pelo organismo (metástases volumosas), daí a necessidade de um rastreamento precoce com o intuito de um diagnóstico da neoplasia na sua fase inicial, aumentando assim a possibilidade de cura e a melhoria da condição de sobrevivência quando a cura não é possível.

### **a) câncer do esôfago**

Há mais de 1000 anos o tumor de esôfago vêm sendo reconhecido como causador de morte. É marcante a variação geográfica da incidência, sendo no Brasil a taxa de 7,01 e 1,98 em 100.000 habitantes respectivamente para homens e mulheres. A estimativa para o ano de 1997 é de uma taxa de óbitos de 4.630 casos e de um total de 6.550 novos casos.

Embora a causa do câncer do esôfago seja desconhecida, existem condições predisponentes bem definidas como: megaesôfago (aumento do diâmetro), acalasia (falta de relaxamento do esfíncter de transição esôfago-gástrico), esôfago de Barrett (esofagite de refluxo), injúria cáustica, divertículos e agentes infecciosos (papiloma vírus). O consumo excessivo do álcool e o hábito de fumar isoladamente aumentam o risco de desenvolver o câncer de esôfago e , quando associados, multiplicam-no. A dieta pobre em vitaminas assim como a ingestão de compostos ricos em nitrato contribuem para esse estímulo.

O rastreamento precoce em pacientes assintomáticos não apresenta relação custo-benefício satisfatória, ficando reservado para os casos que apresentarem fatores predisponentes associados à ingestão exacerbada do álcool ou do fumo.

Usualmente o primeiro sintoma é a dificuldade para ingerir os alimentos; esse, quando presente, é um sinal de doença, na maioria das vezes, já avançada . A perda de peso é outro sinal freqüente.

Embora a coleta de secreção no interior do esôfago por meio de uma sonda seja considerado o meio mais barato, mais cômodo para o paciente e com bons resultados, no nosso meio a endoscopia digestiva alta (biópsia + lavado) e o exame radiológico com ingestão do bário

(contraste) são os métodos utilizados para o diagnóstico.

### **b) câncer do estômago**

O estômago é o órgão que vem logo após o esôfago no trajeto do alimento dentro do aparelho digestivo. Ele tem a função de armazenar por pequeno período os alimentos deglutidos para que possam ser misturados ao suco gástrico, o qual participa do processo de degradação química dos alimentos.

Até 1988 o câncer do estômago era a maior causa mundial de morte por câncer e a estimativa de 1980 era de que surgiriam anualmente 670.000 novos casos. No Brasil é a segunda causa de morte entre os homens e a terceira entre as mulheres. A taxa de mortalidade estimada para 1997 é de 10,19 e 5,06 por 100.000 habitantes, respectivamente para homens e mulheres . A taxa de novos casos para 1997 é de 19.820 casos em todo o Brasil para homens e mulheres.

Apesar da diminuição da incidência do câncer gástrico nos últimos 60 anos, tem-se notado um aumento na incidência do câncer da parte proximal do estômago (transição esôfago-gástrica), chegando a ser endêmica em algumas regiões como no Japão, parte da Europa e América do Sul, principalmente Chile e Costa Rica.

O prognóstico para o câncer do estômago é pobre, refletindo o diagnóstico na maioria das vezes tardio e, mesmo após um tratamento cirúrgico com finalidade curativa, onde o número de recidivas é muito alto.

O câncer do estômago é mais comum nos homens, iniciando na faixa etária dos 40 anos e aumentando gradativamente, com o pico de incidência na sétima década de vida, sendo um pouco mais precoce nas mulheres.

A dieta e os fatores ambientais estão fortemente relacionados com o câncer gástrico, sendo que existe uma forma relacionada com etiologia genética. A forma epidêmica do câncer gástrico evolui de lesões pré-cancerosas como a gastrite atrófica e a metaplasia intestinal. A infecção associada pelo *Helicobacter pylori* e a dieta rica em nitritos estimulam as lesões

pré-cancerosas a progredir para o câncer.

A forma endêmica está mais presente nas mulheres e jovens, não estando relacionada com as lesões pré-cancerosas e sim com a ocorrência familiar (tipo sanguíneo A) sugestiva de uma etiologia genética.

Estudos têm demonstrado a diminuição do risco para o câncer com a ingestão de vegetais crus (não cozidos), frutas cítricas e alimentos ricos em fibras. Já o aumento do risco pode ser notado na ingestão pobre de vitaminas A e C, carnes e peixes salgados, alto consumo de nitrato e baixo consumo de proteínas e gordura. Outros fatores são os ambientais como: má conservação dos alimentos (defumados / ausência de refrigeração), água de poço (alta concentração de nitrato), além do hábito de fumar e ingestão de bebidas alcólicas. Existe ainda a comprovação de maior incidência na classe social mais baixa e em pacientes que foram previamente operados do estômago.

É importante lembrar que o câncer do estômago leva aproximadamente 20 anos para evoluir de uma lesão pré-cancerosa para a forma grave. Sendo assim, a retirada de fatores promotores e a iniciação da dieta e de meios para a diminuição dos riscos devem ser tomadas precocemente, ainda na infância.

O diagnóstico geralmente é tardio devido a vaga sintomatologia relacionada com câncer gástrico inicial. A perda de peso é um sinal muito importante, o desconforto abdominal é um sintoma freqüentemente pouco valorizado pelo médico e pelo paciente, principalmente quando é persistente ou freqüente. Outros sintomas são : perda de apetite, fadiga e sensação de empanzimento (plenitude gástrica) náuseas e vômitos. Outros sinais relacionados com a doença avançada são : massa palpável na parte superior do abdome, aumento do tamanho do fígado, presença de gânglio na região supraclavicular esquerda . A anemia está presente nos pacientes com sangramento, ocorrendo em um terço dos pacientes e caracterizando uma lesão avançada.

O rastreamento precoce das massas abdominais para detecção inicial do câncer está indicado apenas nas áreas com elevados índices de incidência e de mortalidade, como no Japão.

Os exames utilizados são a endoscopia digestiva alta e exame radiológico, com ingestão de

contraste. Esses métodos diminuem consideravelmente o índice de mortalidade, uma vez que ampliam o número de detecções de lesões precoces, aumentando a possibilidade de cura. No Brasil, devido ao alto custo dos métodos de rastreamento, fica inviável a sua realização, restando-nos assim a conscientização dos fatores de risco e da necessidade de uma avaliação médica para os vagos sintomas relacionados com o câncer gástrico.

### **c) câncer do intestino delgado**

O intestino humano é dividido em duas grandes partes subseqüentes que recebem o alimento proveniente do estômago: intestino delgado e intestino grosso. Eles têm a função de absorver os nutrientes dos alimentos e de formar o bolo fecal.

O intestino delgado, apesar de representar aproximadamente 90% da área de contato de todo o intestino com o alimento, apresenta um baixo índice de lesões tumorais, provavelmente pela rápida passagem do alimento por essa parte do intestino promovendo um menor contato do alimento e seu carcinógenos com a mucosa desse segmento.

Estimativas demonstram que o câncer do intestino delgado é aproximadamente 30 vezes menos incidente que o câncer coloretal (do intestino grosso e reto). Sendo assim passaremos a demonstrar maiores detalhes em relação ao câncer coloretal.

### **d) câncer coloretal**

A denominação de câncer coloretal engloba os tumores que acometem o intestino grosso (cólon) e o reto (que é uma parte contínua ao cólon no trajeto do trato digestivo). Logo em seguida, aparece o canal anal, o qual consta dos 12 a 15 centímetros finais do intestino até a borda anal.

O câncer coloretal representa hoje no Brasil a quinta causa de morte entre os outros cânceres, com um número estimado de mortes em torno de 5.440 casos no ano de 1997.

Na década passada houve um maior avanço no entendimento da forma como o tecido normal do intestino transformar-se-ia em um câncer. Os métodos endoscópicos passaram a permitir uma visualização de toda a parte interna do intestino que encontra-se susceptível a desenvolver o câncer. O conhecimento de que os pólipos (proeminências do tecido da parede interna do intestino para a sua própria luz) são lesões predominantemente pré malignas, estimulou o estudo epidemiológico da ocorrência e progressão desses pólipos, permitindo assim constatar a presença dos mesmos de forma mais precoce e muitas vezes tratar o câncer ainda na fase inicial.

Estima-se que no Brasil um total de 17.630 novos casos venham a ocorrer em 1997 (Pro-Onco/INCa), sendo que esse número divide-se, praticamente, de forma igual entre homens e mulheres. Mas a estatística mundial demonstra a incidência maior entre os homens. A idade de ocorrência é principalmente acima dos 60 anos, sendo menor o risco na idade entre os 40 a 59 anos. Fatores hormonais explicam a menor incidência na mulher, sendo que o fato de ter muitos filhos ainda em idade precoce também é um fator protetor.

Outros fatores podem atuar de forma protetora ou, ao contrário, alguns fatores podem aumentar o risco e até mesmo agir de formas predisponente.

A relação da dieta e o risco do câncer coloretal é bem estabelecida. Sabidamente a ingestão aumentada de gordura saturada (proveniente da carne vermelha principalmente) aumenta o risco, ao passo que o óleo vegetal não apresenta nenhum efeito e o óleo proveniente do peixe (ômega-3) possui efeito protetor contra o câncer coloretal. Existe também relação com a quantidade de calorias ingeridas, sendo maior o risco em pessoas que comem mais. Já a ingestão de fibras vegetais é apresentada como um fator protetor. A fibra age promovendo uma maior velocidade de passagem do alimento dentro do intestino, diminuindo o tempo de contato entre as substâncias carcinógenas (que causam o câncer) encontradas nos alimentos e a parede intestinal.

A dieta rica em cálcio e potássio possui um efeito protetor. A ingestão de bebidas alcólicas, quando exacerbada, aumenta o risco.

A hereditariedade do câncer coloretal é demonstrada em 5% a 20% dos casos, sendo importante lembrar as síndromes que trazem consigo o risco aumentado de desenvolver o câncer como a de Gardner, polipose familiar, polipose juvenil, síndrome de Turcot, síndrome de Lynch e Peutz-Jeguer.

A quimioprevenção do câncer coloretal tem sido motivo de muitos estudos. Alguns trabalhos já demonstram a utilização de aspirina (antinflamatório), vitamina E e C (antioxidantes) e de caroteno (substância que dá a cor amarela à cenoura) como substâncias que com o uso controlado e por períodos prolongados possuem efeito protetor contra o câncer coloretal.

A sintomatologia varia de acordo com o local de acometimento tumoral. O tumor, quando na fase inicial não produz sintomas e os sintomas abdominais quando vagos são raramente associados ao diagnóstico do câncer coloretal. O tumor pode manifestar-se como uma obstrução intestinal com parada de eliminação de fezes e gases associado a vômitos ou mesmo como uma perfuração causando um quadro grave com forte dor abdominal.

Muito comum é a perda de sangue em pequena quantidade e por períodos prolongados (sangue oculto nas fezes), causando um dos sinais mais comuns que é a anemia. Esses pacientes apresentariam fraqueza como consequência da anemia. O sangramento pode ser vivo (sangue vermelho), sendo indicativo de um tumor localizado na parte mais distal do intestino (diferenciar de hemorróidas) ou mesmo de forma negra (melena) quando localizado em parte mais proximal do intestino, sendo a cor negra consequência da degradação do sangue até ser exteriorizado.

Presença de massa palpável é comum quando o tumor está localizado no cólon direito (parte proximal). Dor abdominal, náuseas e vômitos são outros sintomas presentes que, habitualmente, estão relacionados com sangramento ou obstrução. Mudança do hábito intestinal é outro sintoma presente em parte dos pacientes com tumor coloretal, sendo que a diarreia é mais comum que a constipação intestinal nos caso de tumor retal.

O diagnóstico precoce no câncer coloretal é algo que comprovadamente reduz a mortalidade relacionada com a doença. Os métodos diagnósticos eficazes (colonoscopia e enema com uso do bário como contraste) associados ao tempo prolongado de evolução da maioria dos tumores coloretais, justifica um rastreamento mais agressivo dessa doença. O marcador tumoral (antígeno carcinoembrionário - CEA) é encontrado positivamente na maioria dos casos, mas é inespecífico para o câncer coloretal, sendo utilizado com maior frequência na avaliação da resposta ao tratamento e de recidiva da doença que no diagnóstico propriamente dito.

Os pacientes são classificados como de alto risco para o desenvolvimento do câncer ou de

risco normal.

Entre os de alto risco encontramos aqueles com história familiar de câncer colorretal. Nesse grupo está indicado o início do rastreamento na idade entre 35 e 40 anos com a detecção do sangue oculto nas fezes e um exame endoscópico via retal. Inicialmente a retossigmoidoscopia (endoscopia via retal com aparelho que visualiza aproximadamente até 60 a 65 cm) deve ser realizada a cada 3 a 5 anos. Um exame mais profundo, que visualizaria todo o cólon (colonoscopia) será realizado caso seja detectada alguma alteração no exame prévio. Nos casos das síndromes de alto risco para o câncer (sind. de Lynch) a colonoscopia e o enema com bário devem ser realizados a cada 3 anos a partir dos 30 anos.

Devemos agir mais agressivamente nos casos de polipose familiar (tipo adenomatoso), quando a retirada cirúrgica de todo o colo e algumas vezes do reto é realizada previamente para evitar o desenvolvimento do câncer.

Nos casos com história pessoal de câncer ou presença de pólipos indica-se o exame endoscópico a cada 1 a 3 anos.

Já aqueles pacientes com colite ulcerativa (doença inflamatória intestinal) por mais de 10 anos e que não foram submetidos ao tratamento cirúrgico, devem submeter-se ao exame endoscópico a cada 1 ou 2 anos.

O grupo de pacientes caracterizados como de risco normal para o câncer colorretal, ou seja, a população que não apresentar - um risco pessoal ou familiar também está entre os que devem ser estudados mesmo sem sintomas. Os exames indicados são a pesquisa de sangue oculto nas fezes, anualmente, e a sigmoidoscopia, a cada 3 a 5 anos. Além desses exames, vale lembrar o risco aumentado como a obesidade, sedentarismo, consumo exagerado de açúcar refinado e da dieta com maior teor de gordura saturada; ficando clara a indicação de uma dieta saudável e de exercício físicos freqüentes como meio de prevenção do câncer colorretal.

### **e) câncer do pâncreas**

O câncer do pâncreas continua sendo um problema de saúde mundial. O índice de mortalidade é elevado, sendo considerado aproximadamente o mesmo índice de incidência. A mortalidade chega a 27.000 e 50.000 casos/ano nos EUA e na Europa respectivamente. Aproximadamente 1% a 4% dos pacientes com o câncer de pâncreas vivem mais de 5 anos. Esses altos índices de mortalidade ocorrem devido à dificuldade no diagnóstico, à agressividade da doença e à falta de terapêutica eficaz.

O risco de desenvolver o câncer do pâncreas é pequeno nas 3 ou 4 primeiras décadas de vida, aumentando significativamente após os 50 anos, sendo o pico de incidência entre 65 e 80 anos. Há uma pequena predominância no sexo masculino.

Estudos recentes têm demonstrado fatores etiológicos importantes para o câncer de pâncreas, dentre estes: fatores ambientais, médicos ou cirúrgicos, hereditários e ocupacionais.

Nos fatores ambientais salienta-se o uso do cigarro, sendo este o mais bem definido fator etiológico entre outras classes para o câncer de pâncreas. O risco está diretamente relacionado com a quantidade e com o tempo de utilização do tabaco. O risco diminui em torno de 30%, em comparação aos não fumantes, após 10 anos sem fumar. 30% dos casos de câncer do pâncreas são atribuídos ao hábito de fumar.

Outro fator ambiental importante é a dieta, onde está bem comprovado que a alta ingestão de gordura e carnes aumenta o risco, ao passo que a ingestão de frutas, vegetais, alimentos ricos em fibras e vitamina C reduz o risco. Existe um dilema em confirmar ou não a associação da ingestão exacerbada de bebidas alcoólicas e café com o aumento do risco para o desenvolvimento do câncer de pâncreas.

Dentre os fatores médicos encontramos o diabetes melitus como uma manifestação e como fator causador, sendo que essa relação não é bem compreendida. Já a pancreatite crônica demonstra nítido aumento do risco. Ainda dentro dessa classe encontramos os pacientes submetidos à cirurgias do trato digestivo alto (úlceras no estômago ou duodeno) e aqueles submetidos à retirada da vesícula biliar (local de armazenamento da bile).

Os sintomas não muito específicos para o câncer do pâncreas retardam o diagnóstico. Os sintomas mais comuns variam de acordo com a localização do tumor no órgão, sendo a

icterícia o sintoma mais comum do tumor da cabeça do pâncreas. Outro sintoma muito comum, mas que aparece já no tumor avançado é a dor que, inicialmente, pode ser de pequena intensidade; mas, habitualmente, é de forte intensidade, localizada na parte média à parte alta das costas. Outros sinais e sintomas que estão sempre associados são a perda do apetite e do peso. O aumento do nível sanguíneo da glicose está quase sempre presente, provavelmente por destruição e diminuição do funcionamento das células produtoras de insulina (hormônio responsável pela diminuição do nível de glicose no sangue).

O diagnóstico, como descrito anteriormente, é, na maioria das vezes, realizado tardiamente; sendo feito através da história clínica associada à exames laboratoriais e de imagem, como a tomografia computadorizada do abdome, auxiliada em algumas vezes pelo procedimento endoscópico com injeção de contraste de forma retrógrada pelas vias biliares e pelo canal pancreático, onde visualizamos alterações em seus trajetos que são indicativos do câncer pancreático.

Como vimos anteriormente, o diagnóstico do câncer de pâncreas é de difícil realização na fase precoce e não existe nenhum método bem definido que possa ser utilizado como rastreamento para o diagnóstico precoce, a não ser os estudos genéticos (em andamento e ainda sem aplicabilidade clínica) para detecção precoce nos casos familiares.

### **f) câncer das vias biliares**

O câncer da via biliar deve ser dividido em três categorias : câncer da vesícula biliar, do ducto biliar - que conduz a bile até o intestino - e outros tumores muito raros.

Os tumores dos ductos biliares apresentam prognóstico muito ruim e, mesmo os casos operados, apresentam taxas de sobrevida muito baixas.

### **g) câncer do fígado**

O câncer de fígado deve ser dividido em duas categorias: o primário do fígado e o secundário (originado em outro órgão e que acomete também o fígado).

Habitualmente o termo "primário do fígado" é usado como significado de hepatocarcinoma (tumor maligno mais comum no fígado) mas devemos lembrar que existem o colangiocarcinoma (pode acometer ducto biliar dentro do fígado), angiossarcoma (tumor do vaso sangüíneo) e na criança o hepatoblastoma.

O tempo de vida após o diagnóstico de um paciente com o hepatocarcinoma clinicamente detectável é extremamente curto. Assim considerando, o índice de incidência passa a ser equivalente ao de mortalidade.

Assim como a incidência é variável, a idade de acometimento varia de acordo com o índice de incidência. Em média, nas áreas de maior acometimento, ocorre entre os 35 e 45 anos, sendo que vem ocorrendo cada vez mais em idades mais avançadas nas áreas de menor incidência (como nos EUA onde costuma ocorrer aos 55 a 75 anos).

Existem fatores de risco bem definidos como: a hepatite crônica por vírus tipo B (fator de maior importância - 75% a 90% dos casos); aflatoxina (toxina produzida por fungo que cresce em cereais e outros alimentos em áreas quentes e úmidas); álcool (promovendo a cirrose hepática); hepatite por vírus tipo C, e doenças relacionadas com o depósito de ferro no fígado.

O hepatocarcinoma possui a possibilidade de prevenção, sendo essa classificada em primária e secundária. A prevenção primária é baseada principalmente no interrompimento da transmissão do vírus da hepatite B, através da utilização de vacinas. A prevenção secundária depende da detecção precoce do tumor, constando da remoção cirúrgica quando o tumor ainda não produziu repercussão clínica mas já foi detectado pela dosagem no sangue de um marcador tumoral chamado alfa-feto-proteína, que é uma substância produzida em 40% a 70% dos fígados acometidos pelo câncer, mas não pelo fígado normal.

Chama muita atenção no diagnóstico do câncer do fígado o pequeno tempo de evolução, ou seja, o paciente apresenta uma doença geralmente muito avançada ao diagnóstico com um tempo de evolução da sintomatologia muito curto. O tempo que o tumor leva para duplicar o volume de massa tumoral é muito curto em comparação com outros tumores, sendo em média de 4 meses no hepatocarcinoma.

## Câncer do Aparelho Digestivo

Escrito por Administrator

---

O sintoma mais comum é a dor no quadrante superior direito do abdome sendo que cerca de um terço dos pacientes apresenta perda de peso, perda de apetite e plenitude gástrica (empanzimento). Sintomas menos comuns são icterícia, hemorragia digestiva alta e hemorragia intraperitoneal (dentro da barriga).

Ao exame físico, nota-se em 90% dos casos o aumento do tamanho do fígado e em 50% dos casos ascite (barriga d'água), sendo que em poucos casos verifica-se também o aumento do baço.

Os exames utilizados para o diagnóstico do câncer do fígado são os testes laboratoriais (principalmente o marcador tumoral, prova de função hepática, hemograma e outros de rotina para possíveis síndromes para neoplásicas) e os de imagem como a ultra-sonografia e a tomografia computadorizada associada ao uso de contraste endovenoso em algumas ocasiões.

Já nos tumores secundários do fígado (originários de outro órgão e que estão acometendo o fígado) outros exames podem ser necessários para detectar a possível origem do tumor.