

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO



O PAPEL DA CIRURGIA NA PALIAÇÃO DO CANCRO GÁSTRICO

Maria João Ventura Nogueira

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina
Artigo de Revisão Bibliográfica

Porto 2016

Maria João Ventura Nogueira

mariajoao.ventura@hotmail.com

O PAPEL DA CIRURGIA NA PALIAÇÃO DO CANCRO GÁSTRICO

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientadora: Dra. Isabel Margarida Moura Mesquita

Assistente hospitalar graduada em Cirurgia Geral, Centro Hospitalar do Porto

Professora associada convidada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 Porto

AGRADECIMENTOS

À Dr^a Isabel Mesquita, com quem pela primeira vez contactei no 4^o ano do curso, tendo sido sua aluna em Cirurgia I, e que agora aceitou ser minha Orientadora de Tese de Mestrado, o meu genuíno agradecimento. Agradeço-lhe não só toda a sua disponibilidade e ajuda que me deu ao longo da realização desta Dissertação, mas também – e principalmente – o bom exemplo que é, para mim, enquanto Médica.

À minha melhor amiga, a minha Mãe, agradeço pela Pessoa que és, pelos valores que me inculciste e por seres quem melhor me compreende. Obrigada pai, por tudo o que fazes por mim e pelo mano, e por acreditares sempre em mim. Avó e avô, meus exemplos de vida, sou-vos muito grata pelo carinho com que sempre me brindam, e com o qual me criaram. Ao Mano, pelas gargalhadas que me fazes dar, e por conseguires conjugá-las com os teus abraços nos momentos mais certos. Aos Titios, padrinho e madrinha, agradeço-vos o apoio que me deram ao longo do curso.

Agradeço, por fim, a todos os meus amigos - os mais antigos que me acompanham desde Alcobaça, as amigas do Rosário e os amigos do ICBAS, - que me inculcem a vontade de ser, todos os dias, o melhor que há em mim.

INDICE

AGRADECIMENTOS	3
ABSTRACT	5
RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO	6
MÉTODOS.....	7
DESENVOLVIMENTO	8
EPIDEMIOLOGIA DO CANCRO GÁSTRICO	8
CANCRO GÁSTRICO ESTÁDIO IV E PALIAÇÃO.....	8
EVENTOS ADVERSOS DA PROGRESSÃO DO CANCRO GÁSTRICO	9
OBSTRUÇÃO ENQUANTO EVENTO ADVERSO MAIS COMUM - OBSTRUÇÃO DISTAL	10
TÉCNICAS DE PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA.....	12
PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA COM RESSEÇÃO CIRÚRGICA	12
PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA COM GASTROJEJUNOSTOMIA	13
PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA COM STENT	17
QUIMIOTERAPIA E O SEU EFEITO NAS TÉCNICAS DE PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA	20
GASTROJEJUNOSTOMIA VERSUS STENT	21
CONCLUSÃO	26
BIBLIOGRAFIA	28

ABSTRACT

Globally, gastric cancer is the fourth most frequently diagnosed cancer and the second greatest cancer-related death cause. Palliation in gastric cancer is extremely important, since most cases are diagnosed in advanced stages, with no possibility of cure. Within the adverse events that may result from local advance of gastric cancer, obstruction is the most frequent. Malignant gastric outlet obstruction causes symptoms that negatively affect the patients quality of life. Nowadays, choosing the best palliative option to treat malignant gastric outlet obstruction is of great concern. Gastrojejunostomy and endoscopic stent placement are the two main palliative options and gastrojejunostomy is associated with better long-term outcomes. Endoscopic stent placement has better short-term outcomes but is also associated with a higher late adverse events rate. The decision on the type of palliative therapy should be individualized to each patient, based on his performance status, his prognosis and his own choices.

Key words: gastric cancer; malignant gastric outlet obstruction; palliation; gastrojejunostomy; endoscopic stenting.

RESUMO

O cancro gástrico é a quarta neoplasia mais frequentemente diagnosticada e a segunda maior causa de morte associada ao cancro a nível mundial. A importância da palição no cancro gástrico assenta, principalmente, no mau prognóstico associado a esta doença, pois a grande maioria dos casos são diagnosticados em estágio avançado sem possibilidade de cura. Entre os vários eventos adversos que surgem pelo avanço local do cancro gástrico, a obstrução é o mais frequente. A obstrução gástrica distal maligna causa um quadro sintomático que afeta negativamente a qualidade de vida dos doentes. A escolha da melhor técnica de palição para esta entidade é, nos dias de hoje, alvo de grande debate e controvérsia. A gastrojejunostomia e a colocação endoscópica de stents apresentam-se como as duas principais opções de técnicas paliativas, sendo a primeira associada a melhores resultados a longo prazo. Já a colocação endoscópica de stents, por sua vez, apresenta melhores resultados a curto-prazo, estando também associada a uma maior taxa de eventos adversos tardios. A escolha da técnica paliativa deverá guiar-se por uma abordagem individualizada do doente, tendo em conta a sua condição geral clínica, o seu prognóstico e as suas preferências.

Palavras-chave: cancro gástrico; obstrução gástrica distal maligna; palição; gastrojejunostomia; stents.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de neoplasias tem sido cada vez mais frequente nas últimas décadas, devido a mudanças no estilo de vida, ao envelhecimento da população e à implementação de programas de rastreio.¹ A par do cada vez maior número de diagnósticos de neoplasias realizados, são também cada vez mais os doentes com neoplasias que se apresentam no serviço de urgência por complicações da sua doença de base ou do tratamento da mesma. Dentro das complicações da doença neoplásica encontram-se as emergências oncológicas, nomeadamente a obstrução do trato gastrointestinal, que é a mais frequentemente vista na prática cirúrgica.²

Esta revisão tem como objetivo focar-se na abordagem paliativa de um tipo de obstrução do trato gastrointestinal: a obstrução gástrica distal maligna (GOO - gastric outlet obstruction), que resulta da progressão local do cancro gástrico. As técnicas de palição disponíveis incluem a ressecção cirúrgica (gastrectomia), a colocação endoscópica de stents e a gastrojejunostomia (por laparotomia ou laparoscopia). Embora a literatura seja vasta no que diz respeito a definir as vantagens e as complicações de cada técnica, ainda não foi determinado qual das técnicas será preferível nos doentes com GOO por cancro gástrico (nomeadamente se a gastrojejunostomia ou a colocação endoscópica de stents) dado a sua maior esperança de vida comparativamente a doentes que têm GOO por avanço local de outras neoplasias (nomeadamente o cancro pancreático).³

MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os seguintes termos: “gastric cancer”, “malignant gastric outlet obstruction”, “palliation”, “gastrojejunostomy” e “endoscopic stenting”. A função “related articles” foi utilizada para aumentar a extensão da pesquisa.

DESENVOLVIMENTO

EPIDEMIOLOGIA DO CANCRO GÁSTRICO

De entre as mortes por cancro a nível mundial, o adenocarcinoma gástrico ocupa a segunda posição.⁴ O cancro gástrico trata-se, também, da segunda neoplasia mais comum no mundo ocidental.⁴ Apesar dos avanços realizados no diagnóstico desta entidade, assim como na sua abordagem terapêutica, o prognóstico mantém-se reservado.^{5,6}

Nas duas últimas décadas a incidência e a mortalidade por cancro gástrico diminuíram, mas no mesmo período constatou-se um aumento significativo da proporção de doentes que se apresentam com doença no estágio IV, correspondendo a mais de 40% de todos os casos de cancro gástrico.⁷ Os doentes com estágio IV que não se submetem a qualquer tratamento morrem dentro de três meses, sendo a sobrevida expectável reduzida para dois meses no caso de existência de carcinomatose peritoneal.⁶

CANCRO GÁSTRICO ESTÁDIO IV E PALIAÇÃO

O adenocarcinoma do estômago é frequentemente diagnosticado nos estádios tardios da doença e, visto que a ressecção cirúrgica de toda a doença (tanto macro, como microscópica) é essencial para o tratamento curativo, este frequentemente não é passível de ser alcançado, pois os doentes apresentam-se muitas vezes com cancro avançado de estágio IV.⁸ O estágio IV define-se, no estadiamento TNM, como um tumor com um qualquer T, um qualquer N e um M1, ou seja, a neoplasia disseminou-se a órgãos distantes como o fígado, pulmões, cérebro, osso ou peritoneu.⁹ Neste estágio, a cura ainda não é o objetivo do tratamento, pelo que o que se pode oferecer ao doente, na maioria das vezes, é a palição dos seus sintomas, caso os tenha, para que assim possa ter uma melhor qualidade de vida e sobrevida.

O avanço local da neoplasia gástrica poderá levar a perfuração, hemorragia ou obstrução, sendo esta última a emergência oncológica que mais frequentemente afeta os doentes oncológicos.² Até cerca de 45% doentes de estágio IV vão apresentar sintomas severos devido a complicações do tumor, tais como hemorragia, obstrução e perfuração.⁷ Os que se apresentam com GOO maligna têm a sua qualidade de vida bastante afetada, devido às náuseas e vômitos incoercíveis, anorexia, incapacidade de se alimentarem por via oral, perda de peso e desnutrição. Para além disso, têm também a sua sobrevida limitada¹⁰, o que torna premente que a palição nestes doentes seja realizada com o objetivo maior de melhorar os seus sintomas e qualidade de vida, e só depois em aumentar a sobrevida - que por si só já é

diminuta. Assim depreende-se que - visto que para o doente é mais importante a melhoria da sua qualidade de vida e rapidez na melhoria dos sintomas - o sucesso da palição deva ser medido nesses parâmetros, e não exclusivamente no efeito das técnicas de palição na sobrevida. Definir claramente o objetivo da terapêutica é muito importante, pois o mesmo pode variar amplamente: desde o alívio efetivo da GOO, ao aumento da sobrevida sem que o doente apresente sintomas relacionados com o tumor.⁸

O uso do termo palição deve referir-se especificamente a intervenções que tenham como objetivo o alívio de sintomas, e não para descrever todos os tratamentos não-curativos - como habitual e erroneamente se verifica.⁸ De facto, só se pode proceder a palição na presença de sintomas.⁸ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos consistem numa "abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias (...) através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, abordagem adequada e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais". A OMS refere ainda que os cuidados paliativos "providenciam alívio da dor e de outros "*distressing symptoms*", afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal, não pretendem acelerar nem adiar a morte, integram os aspetos psicológico e espiritual do doente, oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver o mais ativamente possível até à morte, assim como ajudam a família a trabalhar em equipa para identificar as necessidades dos seus pacientes e das suas famílias para aumentar a qualidade de vida, podendo também positivamente influenciar o curso da doença. São aplicáveis precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapêuticas que pretendem prolongar a vida - como a quimioterapia ou a radioterapia - e incluem as investigações necessárias ao melhor conhecimento e abordagem de "*distressing clinical complications*".

EVENTOS ADVERSOS DA PROGRESSÃO DO CANCRO GÁSTRICO

A progressão local do cancro gástrico pode levar à ocorrência de vários eventos adversos, tais como a obstrução, perfuração ou hemorragia, sendo a obstrução o evento adverso mais comum.² Todos os eventos adversos mencionados incluem-se no grupo das emergências cirúrgicas em oncologia, sendo a definição de emergência oncológica uma condição aguda e potencialmente fatal que se deve à neoplasia ou ao tratamento da mesma.

A obstrução gástrica distal pode tanto ser a apresentação inicial do cancro gástrico, como um sintoma que indique doença localmente avançada. Quanto à abordagem desta entidade, a mesma será desenvolvida em diante.

A perfuração do tumor é mais frequente em casos de tumores ulcerados, pois neste caso todas as camadas da parede gástrica estão envolvidas, e ocorre com maior frequência no antro gástrico (60% das perfurações ocorrem nesta região). No que diz respeito à sua sintomatologia, a perfuração manifesta-se por um quadro de abdómen agudo, e o pneumoperitoneu constitui o achado radiológico mais comumente observado.¹¹ A perfuração maligna do cancro gástrico geralmente é um sinal de doença avançada.² No caso dos tumores irresssecáveis, que constitui o âmbito deste trabalho, opta-se por tratar apenas a perfuração em contexto cirúrgico.¹¹

Nos doentes oncológicos que apresentam hemorragias há que considerar que a sua origem se possa dever à neoplasia em si, por invasão do tumor e dano de vasos locais. A hemorragia pode ocorrer ao longo dos vários estádios da doença neoplásica, variando de gravidade. Fatores de risco para hemorragia de uma neoplasia incluem grande tamanho tumoral e vascularidade aumentada. O uso da endoscopia para promover a hemostase é aceite como um método eficiente e minimamente invasivo, contudo, a hemorragia que provém de um tumor frequentemente recorre e é autolimitada. De facto, frequentemente a hemorragia que decorre de um tumor gástrico é microscópica, manifestando-se apenas por anemia.¹¹ Contudo, embora menos frequente, é possível que a hemorragia do tumor se manifeste com hematemeses ou melenas significativas. Assim, a cirurgia emergente surge, obviamente, em contexto de instabilidade hemodinâmica, impossibilidade ou falha na hemostase por endoscopia.²

OBSTRUÇÃO ENQUANTO EVENTO ADVERSO MAIS COMUM - OBSTRUÇÃO DISTAL

A obstrução gástrica distal maligna é um evento adverso tardio de várias neoplasias intra-abdominais, especialmente do cancro pancreático e do cancro gástrico. Está frequentemente associada a doença não ressecável.¹² Ocorre também no cancro duodenal, ampular, colangiocarcinoma e ainda devido a metástases de outras neoplasias malignas. Nos pacientes com cancro gástrico a GOO é uma entidade comum e nestes doentes a doença é irresssecável em até 40% dos doentes.¹³ Esta entidade é definida pela incapacidade de esvaziamento gástrico, que advém de um processo mecânico de obstrução que pode ocorrer quer ao nível do estômago proximal, distal, quer no duodeno. A GOO de origem neoplásica pode ocorrer como consequência de obstrução intraluminal, intramural ou compressão extrínseca.⁵

A obstrução gástrica distal maligna causa náuseas e vômitos de estase incoercíveis, levando deste modo à intolerância da ingestão oral. A evolução sintomática da obstrução gástrica maligna culmina com anorexia, perda de peso e desnutrição grave, que, em conjunto, causam

um impacto devastador na qualidade de vida destes doentes. Muitos destes sintomas são idênticos aos que a neoplasia em si causa e também iguais aos efeitos laterais da quimioterapia e radioterapia, pelo que é possível que esta entidade clínica não seja reconhecida prontamente.¹²

O diagnóstico da obstrução gástrica distal é sugerido por um conjunto de dados fornecidos pela história clínica, exame físico, resultados de exames imagiológicos contrastados e achados à endoscopia digestiva alta. Uma história de vômito de alimentos não digeridos horas após a ingestão significa que o bolo alimentar não saiu do estômago, enquanto uma história de vômito não biliar sugere que a segunda porção do duodeno foi isolada do estômago. Ambos são fortemente sugestivos de obstrução gástrica distal.¹² Ao exame físico poderá ser possível auscultar um “*succession splash*” no abdómen superior, som semelhante ao que se ausculta nas crianças com estenose pilórica.¹² Esta manobra tem uma sensibilidade de 48% se um “*splash*” é escutado mais do que três horas após a ingestão alimentar.¹² De entre as técnicas imagiológicas disponíveis enumeram-se as radiografias abdominais simples, estudos contrastados e a tomografia axial computadorizada (TAC); contudo o Gold-standard do diagnóstico de GOO é a endoscopia digestiva alta. Com as radiografias abdominais poderá ser possível observar uma bolha gástrica aumentada, o estômago distendido; os estudos contrastados exibem o local da obstrução, assim como a severidade da mesma, sendo muito úteis caso a GOO seja incompleta e para avaliar extensão da estenose; a TAC evidenciará a lesão obstrutiva em si, assim como todas as características já mencionadas nas radiografias abdominais e exames contrastados, e ainda permite o estadiamento da neoplasia. Quanto à endoscopia digestiva alta, permite a completa descrição da obstrução quanto ao local, severidade e natureza, permitindo ainda a realização de biópsia para confirmar a malignidade.

A esperança média de vida dos doentes que se apresentam com GOO maligna sem tratamento ronda os três a quatro meses¹³, sendo o prognóstico desta entidade clínica mau. Para melhorar a qualidade de vida dos doentes, a abordagem desta entidade clínica torna-se premente, e inclui equacionar uma gastrojejunostomia (técnica tradicionalmente adotada), a colocação endoscópica de stents (mais recente) ou mesmo a resseção paliativa. A resolução do quadro de obstrução gástrica vai permitir também a proposta de quimioterapia paliativa com o natural ganho na sobrevida.¹⁴

Tal como já foi referido acima, a obstrução gástrica distal maligna pode ocorrer em várias neoplasias. Nesta revisão apenas será abordada a que resulta de cancro gástrico localmente avançado irressuscável e/ou disseminado. Tal está em consonância com o que defendem Miyazaki e colegas³, que referem que as GOO decorrentes do cancro gástrico devem ser consideradas à parte das que decorrem da evolução de outras neoplasias, apresentando

diversas razões para este pensamento, entre as quais a biologia mais favorável deste tumor e por isso a maior sobrevida do cancro gástrico em comparação com outras neoplasias, nomeadamente o cancro pancreático, e o maior número de fármacos citotóxicos (QT) para esta neoplasia comparativamente com outras.

Segundo Khashab e colegas¹⁵, desconhece-se atualmente qual a melhor técnica de palição para a obstrução gástrica distal maligna - se a cirúrgica através da gastrojejunostomia, se a colocação endoscópica de stents. Desconhece-se também que fatores poderão influenciar os resultados da aplicação de cada técnica (características dos doentes e outras terapêuticas que lhes estejam a ser administradas).

TÉCNICAS DE PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA

PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA COM RESSEÇÃO CIRÚRGICA

Segundo um estudo retrospectivo realizado na Finlândia¹⁶, onde se compararam três técnicas de palição para a obstrução gástrica distal maligna por cancro gástrico primário avançado (colocação de stent endoscópico, resseção cirúrgica paliativa e gastrojejunostomia), a resseção cirúrgica não só mostrou benefício em termos de sobrevida e de tempo livre de sintomas quando comparada às outras técnicas, como se revelou um fator de prognóstico independente para os mesmos resultados. Mais ainda, dentro das opções cirúrgicas (resseção cirúrgica versus gastrojejunostomia), o grupo de trabalho deste estudo verificou que as características dos doentes eram semelhantes e que os resultados obtidos foram semelhantes aos anteriormente obtidos (com a comparação dos três métodos paliativos), ou seja, a resseção cirúrgica mostrou benefício em termos de sobrevida e voltou a confirmar-se como fator de prognóstico independente na análise multivariada para a sobrevida. No que diz respeito às complicações (foram registadas re-obstruções, um abcesso e hemorragias), foram equiparáveis entre as três técnicas paliativas estudadas, a maioria das quais foram re-obstruções, que ocorreram nos três métodos paliativos. Os autores defendem que a seleção da técnica paliativa deve assentar na avaliação da condição clínica dos doentes, tendo em conta as suas comorbilidades e também o seu estado nutricional, sendo que um doente que tenha um bom estado-geral pode ser um bom candidato a resseção cirúrgica paliativa.

PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA COM GASTROJEJUNOSTOMIA

A gastrojejunostomia é um procedimento cirúrgico no qual se procede a uma anastomose entre o estômago e a ansa proximal do jejuno. Este procedimento tem como objetivo fazer um bypass do conteúdo gástrico ao tumor obstrutivo. A gastrojejunostomia pode ser realizada por cirurgia aberta ou por via laparoscópica. A obstrução do antro gástrico é a indicação mais comum para gastrojejunostomia.¹⁷ Embora a gastrojejunostomia seja indicação cirúrgica em várias condições (de entre as causas benignas de GOO pode mencionar-se a doença ulcerosa péptica e de entre as malignas o cancro pancreático e o do duodeno¹⁸), nesta revisão ela será abordada apenas no âmbito de GOO por carcinoma gástrico localmente avançado não ressecável, casos em que é realizada com um fim paliativo. De facto, o tratamento standard para a GOO sempre foi a gastrojejunostomia por via aberta, sendo que nos últimos anos passou a ter como alternativa a gastrojejunostomia laparoscópica.⁵ No que diz respeito à técnica, a gastrojejunostomia pode ser realizada trazendo a ansa de jejuno (40 a 60 cm distal ao ligamento de Treitz⁵) até à grande curvatura do estômago anteriormente ao cólon transversal (gastrojejunostomia antecólica) ou posteriormente ao cólon transversal (gastrojejunostomia retrocólica), sendo que neste último caso a ansa de jejuno é mais curta e a probabilidade de ocorrer o síndrome da ansa aferente (complicação cirúrgica devido a obstrução parcial ou completa da ansa aferente) é teoricamente menor.

Quanto à escolha entre a gastrojejunostomia aberta e a gastrojejunostomia laparoscópica, um grupo de trabalho que realizou uma revisão retrospectiva para investigar a adequabilidade e segurança da gastrojejunostomia laparoscópica para tratar a obstrução gástrica distal¹⁹ concluiu que a via laparoscópica tem melhores resultados e taxas de complicação aceitáveis quando comparada aos dados referentes à via aberta presentes na literatura. Este estudo concluiu que, nos doentes submetidos a gastrojejunostomia laparoscópica a hemorragia intraoperatória foi menor, a recuperação da alimentação por via oral foi mais precoce e a duração do internamento hospitalar foi menor. Para os doentes cuja causa da obstrução da saída gástrica era uma neoplasia, a via laparoscópica não demonstrou, tal como esperado, uma maior sobrevida. A taxa de complicação cirúrgica na via laparoscópica foi de 14%, sendo semelhante, senão melhor do que, a taxa de complicação da via aberta presente na literatura. Neste estudo, a complicação mais comum foi o atraso do esvaziamento gástrico.

Os doentes que são submetidos a uma gastrojejunostomia podem ou não apresentar sintomas de GOO. No primeiro caso, os doentes podem apresentar-se com náuseas, vômitos e incapacidade de ter uma ingestão oral adequada e o diagnóstico de doença não ressecável - e conseqüente indicação de gastrojejunostomia com fim paliativo - estabelecido durante o estadiamento da doença. No segundo caso, 10% dos casos, são doentes que aquando da

cirurgia (proposta com intuito curativo) se conclui terem doença não ressecável ou disseminada, e se realiza uma gastrojejunosomia cirúrgica.⁵

A cirurgia é superior aos stents em pacientes com uma esperança de vida maior, no que diz respeito à taxa de re-obstrução. Contudo, é difícil prever a esperança de vida dos pacientes, tal como é difícil definir a sobrevida ideal para indicação de cirurgia. Segundo Adler e Baron, a gastrojejunosomia apresenta-se como a melhor opção quando a neoplasia é irressecável (identificada na tentativa de ressecção curativa), na ausência de disseminação peritoneal e associada a um bom performance status do doente.¹²

Seleção dos pacientes

Os pacientes com maior sobrevida - com score de performance WHO (Tabela I) de zero ou um - devem ser considerados para gastrojejunosomia.²⁰ Segundo Jeurnink e colegas²⁰, o único preditor de sobrevida significativo para os pacientes com GOO maligna é o score de performance WHO, que permite diferenciar os pacientes com sobrevida curta (score WHO \geq 3), que beneficiam com a colocação de um stent endoscópico, dos pacientes com sobrevida mais longa (score WHO < 2), que por sua vez deveriam ser os eleitos para gastrojejunosomia. Os pacientes com score WHO de 2 têm um prognóstico intermédio, pelo que os autores advogam que a decisão dependerá, em última instância, da preferência do doente e do clínico.

Tabela I - Performance Status - Score WHO

Performance Status pelo Score WHO (World Health Organization) (também denominado score Zubrod ou ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group))	
0	Assintomático (Totalmente ativo e capaz de realizar todas as atividades que realizava anteriormente à doença, sem restrições)
1	Sintomático mas totalmente capaz de deambular (Restrições nas atividades físicas intensas, porém é capaz de deambular e de realizar trabalho leve ou de natureza sedentária, como trabalho de escritório, por exemplo)
2	Sintomático e <50% do tempo restrito ao leito (Deambula e é capaz de se auto-cuidar, porém é incapaz de realizar qualquer tipo de trabalho)
3	Sintomático e >50% do tempo restrito ao leito (Capaz de se auto-cuidar, porém de forma limitada; confinado à cama ou cadeira em mais de metade das horas em que se encontra acordado)
4	Incapacidade grave. Restrito ao leito 100% do tempo.
5	Morte.

A gastrojejunosomia é preferida à colocação de stents para a palição de GOO causado por cancro gástrico não ressecável ou metastático em pacientes com bom performance status, especialmente os que apresentam score de performance status ECOG 0-1, dado o menor risco de eventos adversos, patência mais longa e sobrevida maior.²¹

Quanto a um subgrupo especial de doentes, os que têm carcinomatose e ascite, Park e colegas²², chegaram a uma conclusão interessante e inesperada. Estudaram o impacto da carcinomatose e ascite a longo prazo, quer na gastrojejunostomia quer na colocação endoscópica de stents, embora, e apenas, com doentes com boa performance, visto que havia poucos doentes com mau performance status no grupo da gastrojejunostomia, impossibilitando assim, qualquer comparação que fosse estatisticamente significativa. Com estas ressalvas, para o subgrupo de doentes com bom performance status e carcinomatose e ascite, Park e colegas recomendam o uso da gastrojejunostomia, baseando-se na maior patência e maior sobrevida por esta providenciada. Os autores alegam que a colocação dos stents é mais afetada pela ascite do que o é a gastrojejunostomia, e também que a menor permeabilidade da obstrução no grupo de doentes com stents possa ter um efeito negativo no seu estado nutricional, que por sua vez poderá afetar negativamente a sobrevida destes doentes. Há que atentar nas limitações deste estudo: trata-se de um estudo retrospectivo e não randomizado, e algumas características de base, como a presença ou não de ascite, diferiram entre o grupo da gastrojejunostomia e da colocação de stents.²²

Outcome

O bypass cirúrgico (gastrojejunostomia) é quase sempre tecnicamente bem-sucedido.⁵ Foi criado um sistema de score – o score GOOSS (Tabela II) - para tentar objetivar o grau de comprometimento da tolerância à dieta antes e depois da terapêutica aplicada; a pontuação atribuída segundo esta escala mede a capacidade de ingestão oral dos doentes. No estudo retrospectivo já nomeado, realizado por Park e colegas, em que se compararam diversos “*outcomes*” clínicos após a realização da gastrojejunostomia e após a colocação endoscópica de stents, o score GOOSS foi utilizado e verificou-se que o mesmo foi maior no grupo de doentes submetidos à gastrojejunostomia. Contudo, no mesmo estudo, as dietas líquidas e moles foram reintroduzidas mais precocemente no grupo da colocação de stents. Tal significa que é mais provável que se atinjam níveis de ingestão oral maiores após a gastrojejunostomia, mas que os stents, por sua vez, providenciam uma reiniciação da ingestão oral mais rápida do que a opção paliativa cirúrgica.²²

Tabela II - Score GOOSS

Score GOOSS (Gastric Outlet Obstruction Scoring System)	
0	Sem ingestão oral (no oral intake)
1	Apenas líquidos
2	Alimentos sólidos moles (soft food)
3	Dieta completa

No estudo realizado por No e colegas²¹, a permeabilidade da gastrojejunostomia foi superior à dos stents (282 dias versus 125 dias), continuando a verificar-se a superioridade em termos de maior patência na gastrojejunostomia, mesmo após re-intervenções bem-sucedidas (282 dias versus 210 dias), sendo que as re-intervenções foram maioritariamente colocações endoscópicas de stents. No que diz respeito à sobrevida, e nos doentes com boa performance (score ECOG 0-1), a mesma foi maior no grupo da gastrojejunostomia do que no grupo dos stents (333 dias versus 222 dias). Contudo, no grupo de doentes com ECOG 2, a diferença da sobrevida entre os dois grupos deixou de ser significativa.

Complicações

Uma das complicações da gastrojejunostomia, e a mais temida, é a deiscência da sutura anastomótica, a qual pode ser tratada de forma conservadora caso o paciente se encontre estável e manifestada na forma de abscesso. Os abscessos intra-abdominais podem ser drenados percutaneamente. Já a laparotomia será necessária quando o doente estiver instável ou existirem sinais de peritonite. Outras complicações incluem o esvaziamento gástrico lento²¹, evisceração, abscesso subfrênico, pneumonia, hemorragia ou perfuração de úlcera anastomótica, trombose venosa profunda e mais raramente, em casos de cirurgias laparoscópicas, metástases de implantação.⁵ No estudo realizado por Park e colegas, houve apenas dois eventos adversos no grupo dos doentes com gastrojejunostomia, um choque séptico e uma deiscência da sutura anastomótica, ambos não fatais, contrastando com a alta taxa de eventos adversos no grupo de doentes com stent endoscópico, a grande maioria relacionados com o dispositivo (obstrução, migração ou fragmentação do stent).²² Também os investigadores acima mencionados concluíram que a modalidade de tratamento afeta significativamente as taxas de re-obstrução (embora não seja um fator de prognóstico de sucesso clínico); a re-obstrução é menos comum com a gastrojejunostomia do que com o stent.²² Quando ocorre obstrução da gastrojejunostomia, a abordagem inicial pode ser endoscópica, com dilatação por balão; em caso de insucesso, poderá ser necessária e é possível a exploração cirúrgica para rever a anastomose, assim o estado global do doente o permita.¹⁷

PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA COM STENT

A paliação da GOO com colocação de stents endoluminais tornou-se possível no início da década de 90.¹⁰ Embora haja vários tipos de stents disponíveis, os dispositivos standard para permeabilizar o lúmen do trato gastrointestinal obstruído são os SEMS: self-expanding metal stents.³ A técnica de colocação endoscópica de stent é realizada sob sedação. Em primeira instância, e já depois dos exames de imagem, é realizada uma endoscopia digestiva alta para determinar a localização exata da obstrução. Posteriormente, procede-se à injeção de contraste para que se delimite bem a obstrução; de seguida, é passado um fio guia pelo endoscópio. Por fim, o stent é colocado sobre o fio guia no local apropriado, sendo a localização e adequabilidade da colocação do stent confirmadas por fluoroscopia.⁵

A colocação de stent endoscópico está indicada em pacientes com doença metastática de grande volume e consequentes tempos de sobrevida menores.⁵ Nos doentes com mau performance status a colocação endoscópica de stents é preferível à gastrojejunostomia, visto que é um tratamento menos invasivo.²¹ Os stents são frequentemente colocados em pacientes que são maus candidatos cirúrgicos, com curta esperança de vida, doença metastática ou avançada, comorbilidades médicas significativas e conhecido risco anestésico.¹²

Porque os pacientes com GOO maligna são frequentemente pobres candidatos cirúrgicos e preferem frequentemente tratamentos menos invasivos, com tempos de recuperação menores do que os que a gastrojejunostomia pode oferecer, tem havido cada vez mais entusiasmo pela colocação endoluminal de stents como terapêutica de primeira linha para aliviar os sintomas obstrutivos e permitir a restituição da dieta oral.¹⁰

Jeurnink e colegas²⁰ concluíram que apenas a condição clínica, a qual pode ser avaliada pelo score de performance status WHO, é capaz de diferenciar os doentes com sobrevida menor (score WHO ≥ 3) dos que têm maior sobrevida (score WHO < 2). Também segundo os mesmos autores, os doentes com score de performance WHO de 3 ou 4 (sobrevida menor) serão os que mais beneficiarão da colocação endoscópica de stents, dada a sua menor eficiência a longo prazo quando são comparados com a gastrojejunostomia.

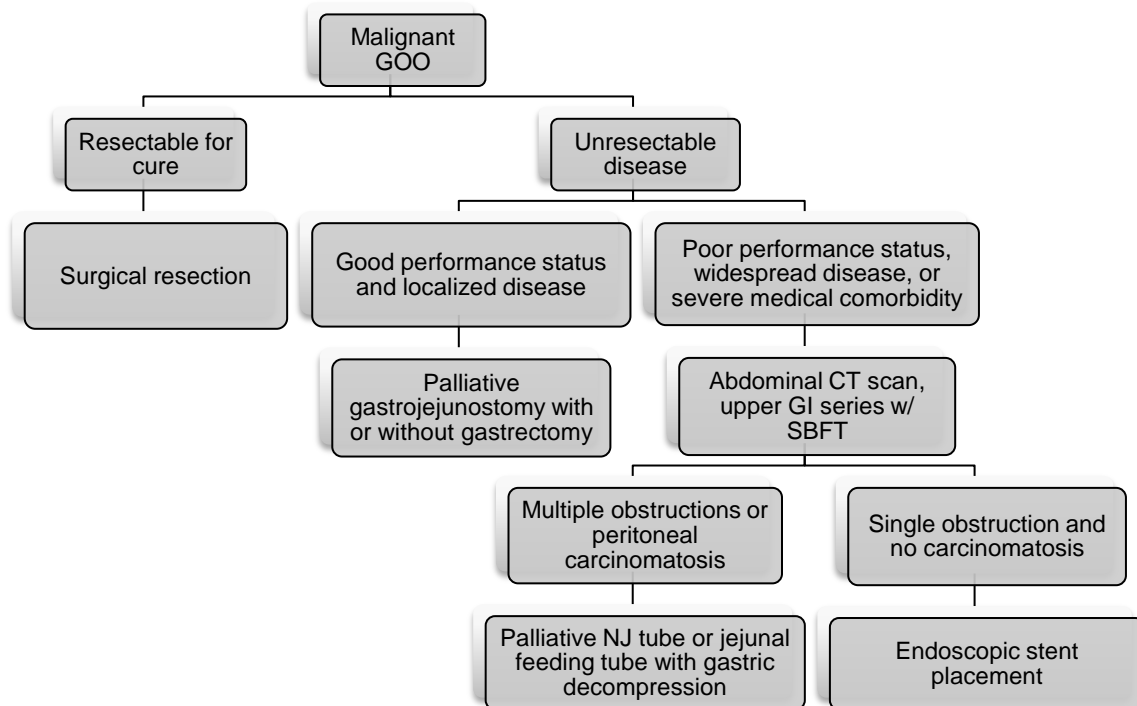


Ilustração I - Algoritmo proposto por Adler e Baron para a abordagem da Obstrução Gástrica Distal Maligna

Segundo o algoritmo de Adler e Baron (Ilustração I), no caso de se tratar de uma obstrução única e não houver obstrução completa a jusante da segunda porção duodenal, é preferida a colocação endoscópica de stent.¹²

São contraindicações à colocação do stent: o alto risco de migração do stent devido à fácil passagem do endoscópio pela estenose, múltiplas obstruções do trato gastrointestinal, - em doentes com carcinomatose peritoneal extensa¹², - e que não sejam passíveis de serem abordadas por um único stent ou por dois stents que se sobreponham, obstrução completa a ponto de impossibilitar a passagem do fio-guia e ainda perfuração.²³

Taxas de sucesso técnico

O sucesso técnico da colocação endoscópica de um stent é definido pela sua implantação, posicionamento e expansão adequados. De entre os motivos para o insucesso técnico pode referir-se a impossibilidade de atravessar um fio guia pelo estreitamento do lúmen, falha na expansão ou implantação do stent ou a sua migração durante a realização da técnica.

Taxas de sucesso clínico

O sucesso clínico de colocação endoscópica de stent define-se pela tolerância à dieta oral e/ou pelo alívio dos sintomas.

A migração precoce do stent e causas relacionadas com o procedimento são alguns dos motivos que contribuem para não se atingir o máximo de sucesso clínico desejado – nível dois ou três. Frequentemente, e apesar do sucesso técnico e da implantação e expansão correta do stent, os sintomas dos pacientes com GOO maligna podem não resolver completamente.¹⁰ Há vários motivos para que tal ocorra: a obstrução prolongada da saída gástrica pode levar a distensão do estômago e enfraquecimento muscular, dificultando a retoma ao normal esvaziamento do estômago mesmo quando o lúmen já não se encontra obstruído, a infiltração tumoral nos plexos nervosos pode levar a gastroparesia, obstrução distal ao stent por carcinomatose peritoneal e, por fim, a neoplasia por si só promove nos doentes uma anorexia importante que não é de todo resolvida com a palição da obstrução mecânica.

No e colegas²¹, obtiveram resultados favoráveis para o grupo dos doentes com colocação endoscópica de stents (versus gastrojejunostomia) no que diz respeito ao regresso à alimentação após o procedimento realizado, que foi significativamente menor no grupo submetido a derivação com stents (em média dois dias contrastando com os cinco dias na gastrojejunostomia). Embora os autores referidos acima não tenham encontrado diferenças significativas entre os dois grupos (stent versus gastrojejunostomia) quanto à duração do internamento hospitalar, muitos outros estudos, como a revisão sistemática de Ly e colegas¹³ ou a de Zheng e colegas²⁴, comprovaram uma duração significativamente menor do internamento hospitalar nos doentes submetidos a colocação de stents, tendo inclusivamente a recente revisão sistemática de Miyazaki e colegas³ encontrado uma diferença média de doze dias de internamento, desfavorecendo o grupo da opção paliativa cirúrgica.

Complicações

A aplicação desta técnica tem complicações que podem ser relacionadas com o stent, com o procedimento, ou sem relação com o stent ou procedimento.

As complicações podem ser divididas entre precoces, caso ocorram dentro de sete dias da colocação do stent, e tardias, caso ocorram passados mais de sete dias da sua colocação. Podem também ser classificadas em complicações major ou minor, caso sejam severas do ponto de vista clínico e/ou potencialmente fatais - requerendo tratamento e hospitalização, - ou não, respetivamente.²⁵

De entre as complicações major podemos enumerar a perfuração, migração do stent, hemorragia ou formação de uma fístula. Enquanto exemplos de complicações minor podemos citar a presença de dor ou febre ligeiras.

Segundo o estudo realizado por Park e colegas²², aproximadamente metade (41,5%) dos doentes que se submeteram a colocação endoscópica de stents tiveram eventos adversos relacionados com o dispositivo, dos quais a maioria (quase 75%) constituiu obstrução do stent por “tumor in/outgrowth”, sendo os restantes casos relacionados com a migração do stent ou a fragmentação do mesmo. Também neste estudo, o grupo de doentes com stent, quando comparado com o grupo de doentes submetidos a gastrojejunostomia, necessitou mais de re-intervenções, que foram maioritariamente colocações de stents (47,6% de doentes com stent que necessitaram de re-intervenção versus 5,6% dos doentes com gastrojejunostomia).²² No e colegas²¹ obtiveram os mesmos resultados e afirmam ainda que os stents têm uma menor permeabilidade, quando comparados com as gastrojejunostomias, mantendo-se menor mesmo após a colocação de stents adicionais.²¹

A probabilidade de ocorrer oclusão ou migração do stent está também relacionada com o tipo de stent utilizado. Um estudo prospetivo randomizado datado de 2010, realizado por Kim CG e colegas²⁶, comparou a eficiência e os efeitos adversos de SEMS (Self Expandable Metal Stents) simples e revestidos, na palição da GOO maligna por cancro gástrico, e concluiu que dentro das oito semanas após a colocação do stent, a migração do mesmo foi mais comum no grupo SEMS revestido (25,8% versus 2,8%) e que, também oito semanas após a inserção do stent, a re-estenose ou oclusão do stent por crescimento tumoral através da rede do dispositivo, foi mais comum no grupo SEMS não revestidos (25,0% versus 0%). Embora os autores afirmem que tanto os SEMS revestidos como os não revestidos são eficazes na palição da GOO maligna por cancro gástrico, admitem que as vantagens dos SEMS revestidos em prevenir a re-estenose são contrabalançadas pela maior probabilidade de migração com este tipo de dispositivos, e apelam para que se criem SEMS revestidos com um design que minimize a migração.

QUIMIOTERAPIA E O SEU EFEITO NAS TÉCNICAS DE PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO GÁSTRICA MALIGNA

Nos doentes com cancro gástrico irressecável, a quimioterapia sistémica surge como o tratamento standard.²³ Embora a quimioterapia não seja, por si só, a abordagem de escolha para paliar a GOO, provou-se em diversos estudos que esta melhora os resultados clínicos de técnicas paliativas como a colocação endoscópica de stents ou a gastrojejunostomia. No

estudo realizado por Khashab e colegas¹⁵ concluiu-se que a administração de quimioterapia quer após a gastrojejunostomia, quer após a colocação endoscópica de stents, associou-se a uma maior duração da ingestão oral após as técnicas paliativas. Foi também concluído que a quimioterapia estava independentemente associada com períodos livres de re-intervenções mais longos. Também Telford e colegas²⁷ concluíram que a quimioterapia após a colocação endoscópica de stents está independentemente associada a duração mais longa da ingestão oral. À semelhança de outros estudos, Kim e colegas²⁸ concluíram que a quimioterapia após a colocação endoscópica de stents está significativamente associada a um aumento na manutenção da permeabilidade do stent.

GASTROJEJUNOSTOMIA VERSUS STENT

Em pacientes com esperança de vida muito curta, na ordem de algumas semanas a meses, a literatura mostra uma clara vantagem para a colocação de stent endoscópico quando comparado com a gastrojejunostomia. Contudo, há controvérsia quanto à terapêutica preferida em pacientes com maior esperança de vida, maior do que dois a seis meses, pois foi associada à gastrojejunostomia durabilidade e sobrevida superiores.¹⁰

No ensaio clínico randomizado SUSTENT²⁵, de 2010, comparou-se a gastrojejunostomia e a colocação endoscópica de stents para a palição da GOO maligna. Os autores verificaram que o grupo dos stents endoscópicos demonstrou melhores resultados a curto prazo na ingestão oral (média de cinco dias para atingir GOOSS score ≥ 2 no grupo de stents endoscópicos versus média de oito dias no grupo da jejunostomia) e apresentou menor duração de internamento hospitalar (sete dias no grupo dos stents versus quinze dias no grupo da gastrojejunostomia). Contudo, a longo prazo, a gastrojejunostomia tinha os melhores parâmetros quanto à ingestão oral, com mais pacientes com score GOOSS ≥ 2 durante um maior período de tempo (média de setenta e dois dias para a gastrojejunostomia versus cinquenta dias para os stents endoscópicos). Os autores suspeitam que os piores resultados de ingestão oral a longo prazo com a colocação endoscópica de stents se devam à suboclusão dos mesmos, por retenção de restos alimentares e/ou crescimento tumoral (ingrowth e outgrowth).

No mesmo estudo, e a par da ingestão oral a longo prazo, também em termos de complicações major, sintomas obstrutivos recorrentes e re-intervenções, a gastrojejunostomia apresentou melhores resultados: seis complicações major em quatro pacientes submetidos a stents endoscópicos versus zero complicações na gastrojejunostomia; oito episódios de sintomas obstrutivos recorrentes em cinco doentes com stents endoscópicos versus um episódio num

doente submetido a gastrojejunostomia; dez re-intervenções em sete pacientes com stents endoscópicos versus duas re-intervenções em dois pacientes submetidos a gastrojejunostomia. No que diz respeito às re-intervenções efetuadas, no grupo dos stents consistiram em endoscopia com “limpeza” do stent, segunda colocação de stent ou gastrojejunostomia, e no grupo que foi submetido a gastrojejunostomia consistiram apenas em endoscopias mas que não revelaram qualquer indicação para tratamento adicional. Há que salientar que quando a obstrução do stent não era considerada uma complicação (como aliás Goldberg¹⁰ defende que não deve ser), não havia diferença nas taxas de complicação entre a gastrojejunostomia e a colocação de stents. Em termos de qualidade de vida e de sobrevida média (cinquenta e seis dias de sobrevida no grupo de stent versus setenta e oito no grupo da gastrojejunostomia) não houve diferenças significativas entre os dois grupos comparados. Os autores deste estudo defendem a gastrojejunostomia como tratamento primário da GOO maligna em doentes com sobrevida expectável de dois meses ou mais, - dados os seus melhores resultados a longo prazo, - e a colocação endoscópica de stents em doentes com esperança de vida inferior a dois meses, devido ao mais rápido alívio de sintomas obstrutivos e menor duração de internamento hospitalar.

Fiori e colegas²⁹ procederam a um estudo randomizado prospetivo e a uma revisão sistemática da literatura por um período de doze anos (de dezembro de 1999 a dezembro de 2011). Com o estudo randomizado prospetivo pretenderam comparar a colocação endoscópica de stents com a gastroenterostomia cirúrgica na palição da GOO em doentes com adenocarcinoma gástrico distal avançado. A revisão sistemática incluiu doentes com GOO por neoplasia primária não ressecável da região antropilórica a quem foi colocado um stent. Os autores concluíram, através do estudo prospetivo, que, a curto prazo, os stents foram mais eficazes em restabelecer a ingestão oral (média de 3,1 dias no grupo dos doentes que foram submetidos a colocação endoscópica de stent versus 6,3 dias nos doentes submetidos a gastrojejunostomia). Quanto à duração do internamento hospitalar, também o grupo dos doentes submetidos a colocação endoscópica de stent demonstrou resultados mais favoráveis, com uma média de 4,8 dias de internamento hospitalar contrastando com a média de 10 dias no grupo que foi submetido à gastrojejunostomia. O esvaziamento gástrico eficiente restabeleceu-se mais rapidamente no grupo de doentes nos quais foi colocado um stent, contudo, após três meses, ambos os grupos apresentaram resultados satisfatórios equivalentes. Tanto no que diz respeito à sobrevida, como no que se refere à satisfação dos doentes para com o procedimento realizado, não houve diferenças significativas entre os dois grupos comparados neste estudo. Referem ainda, considerando-a como uma desvantagem, a necessidade de acompanhamento apertado dos doentes que se submeteram a colocação endoscópica de stent com endoscopia digestiva alta - o que contrasta com os que se submeteram a gastrojejunostomia, que não

necessitam dessa vigilância pois, no estudo realizado pelos autores, nenhum doente apresentou complicações a longo prazo relacionadas com a gastrojejunostomia em si. Quanto aos resultados a curto prazo da revisão sistemática, os autores constataram sucesso técnico e clínico da colocação dos stents na maioria dos casos (94% e 83%, respetivamente), referindo serem raras as complicações major precoces. A longo prazo, voltam a surgir as complicações relacionadas com o próprio stent, sendo as mais comuns a migração e a oclusão do dispositivo.

Os autores defendem que a escolha da técnica de palição deve ser feita individualmente, sendo a colocação endoscópica de stent aconselhada em doentes com má condição geral e esperança de vida muito limitada, em detrimento da gastrojejunostomia, que estará indicada em pacientes com condição geral aceitável e com uma esperança de vida maior. Os benefícios e riscos dos procedimentos disponíveis devem ser discutidos com os doentes e as suas famílias, sempre atendendo ao doente e às suas preferências.

Na revisão sistemática de Ly e colegas¹³, de 2010, comparou-se a colocação endoscópica de stents com a gastrojejunostomia em termos do outcome clínico na palição da obstrução gástrica maligna, nomeadamente: capacidade de tolerar ingestão oral, tempo de internamento hospitalar, mortalidade aos 30 dias, duração da sobrevida, taxa de complicações e custos associados. A comparação entre a colocação de stents e a gastrojejunostomia (pelo método clássico) revelou que os doentes submetidos à colocação de stents levaram, em média, menos sete dias a tolerar a ingestão oral quando comparados com os que se submeteram a gastrojejunostomia aberta. A duração do internamento hospitalar foi, em média, doze dias menor para os doentes com stents. Não houve diferenças entre os dois grupos quanto à sobrevida ou a mortalidade aos 30 dias. Não houve diferenças significativas quanto às taxas de complicações major entre os doentes submetidos à colocação de stents e os submetidos a gastrojejunostomia. Contudo, os doentes do grupo da gastrojejunostomia tiveram maior número de complicações médicas major, como enfarte do miocárdio, insuficiência renal aguda e infeções do trato respiratório. Por sua vez, os doentes com colocação de stents não tiveram complicações que lhes trouxessem morbidade mas sim que implicavam mais a re-intervenção, tais como a migração ou oclusão do stent.

Quanto aos custos globais associados, os dados disponíveis foram insuficientes para se proceder a uma avaliação.

Os dados dos estudos incluídos nesta revisão foram insuficientes para se comparar a gastrojejunostomia laparoscópica com a colocação de stents, ou com a gastrojejunostomia aberta. Como limitações, pode apontar-se que esta revisão incluiu casos de GOO que não

tinham apenas cancro gástrico, tais como cancro pancreático, do duodeno, da vesícula ou do ducto biliar, com biológicas completamente diferentes e que o follow-up dos doentes ficou limitado a um período de tempo muito curto, de apenas trinta dias, que não permitiu avaliar outras complicações mais tardias, nomeadamente relacionadas com o próprio stent, como a migração ou oclusão do mesmo, expectáveis aquando a aplicação desta técnica de palição. Alerta-se ainda para a possibilidade de existir um viés de seleção por se tratarem de estudos cohort, impossibilitando a total fiabilidade nas conclusões realizadas.

No estudo retrospectivo Finlandês realizado por Keränen e colegas¹⁶, de 2013, compararam-se três métodos paliativos da GOO maligna por cancro gástrico: a colocação endoscópica de stents, a resseção cirúrgica e a gastrojejunostomia. A indicação primária para a palição dos doentes incluídos no estudo, quer palição cirúrgica (resseção cirúrgica ou gastrojejunostomia) quer palição endoscópica, foi a existência de sintomas de GOO, entidade essa que foi diagnosticada clínica, radiológica e endoscopicamente. Os pacientes que foram submetidos à colocação endoscópica de stent foram considerados inoperáveis por idade avançada, por pobre condição clínica ou por doença francamente metastizada. Já todos os doentes que foram submetidos a cirurgia eram inicialmente candidatos a resseção, tendo a decisão de realizar resseção paliativa ou gastrojejunostomia sido feita com base nos achados à laparotomia. Os autores concluíram que o grupo de doentes com stent apresentou uma ingestão oral mais precoce, assim como uma menor duração de internamento hospitalar. Os sujeitos a resseção cirúrgica paliativa apresentaram maior sobrevida e maior sobrevida livre de sintomas do que os doentes submetidos a stent ou gastrojejunostomia. A taxa de complicações foi semelhante entre os grupos, sendo que a maioria se tratou de re-obstruções. Os autores advogam que os três métodos estudados providenciam uma boa palição dos sintomas em doentes selecionados e que a escolha deve ter em conta o estado clínico geral e nutricional do doente, assim como as suas comorbilidades. Defendem que a resseção cirúrgica paliativa é uma boa opção, caso os doentes apresentem boas condições gerais para se submeterem a uma cirurgia e caso a extensão da doença o permita, e que a gastrojejunostomia deve ser considerada em doentes cujo tumor se revela não ser passível de ser ressecado durante a cirurgia. Por fim, advogam a colocação endoscópica de stents em pacientes com esperança média de vida curta e com um mau performance status.

O artigo de revisão mais recente, datado de Fevereiro do presente ano, é da autoria de Miyazaki e colegas³, e inclui duas revisões sistemáticas e uma metanálise. Neste artigo, os autores defendem que as conclusões de estudos comparativos entre a gastrojejunostomia e a colocação endoscópica de stents em doentes com GOO por cancro gástrico foram semelhantes às conclusões de estudos comparativos de doentes com GOO por outras

neoplasias. A colocação endoscópica de stents é preferida (quando comparada à gastrojejunostomia) pela rápida melhoria da ingestão oral, alívio dos sintomas de GOO e reduzido internamento hospitalar, contudo, está associada a maior incidência de complicações tardias, como a migração ou oclusão do stent. Vários outros estudos, com destaque para o SUSTENT²⁵, relataram que a gastrojejunostomia é preferível para pacientes com esperança de vida maior. Estes autores defendem que a gastrojejunostomia deveria ser escolhida mais frequentemente para pacientes com bom performance status e com GOO que resulta de cancro gástrico (que têm maior sobrevida quando comparados com pacientes que têm GOO por outras neoplasias, como por exemplo o cancro pancreático). Tanto a gastrojejunostomia como a colocação endoscópica de stents são tratamentos eficazes para a palição da GOO que resulta de cancro gástrico. Os autores concluem que a gastrojejunostomia tem melhores resultados a longo prazo, com menos complicações tardias e que, por sua vez, a colocação endoscópica de stents tem melhores resultados a curto prazo, com menor duração do internamento hospitalar. Embora os autores advoguem, como posição final, que dado o bom performance status e o bom prognóstico dos pacientes com cancro gástrico - quando comparados com pacientes com outras neoplasias que também provocam GOO - a gastrojejunostomia possa ser o procedimento preferível, alertam para a necessidade de se realizarem ensaios clínicos randomizados prospetivos que comparem especificamente a gastrojejunostomia laparoscópica e os dispositivos de stent mais recentes.

CONCLUSÃO

Uma das grandes dificuldades que encontrei ao realizar esta monografia foi a escassez de artigos científicos que se encontrem no topo da pirâmide de evidência. De facto, a grande maioria dos artigos a que recorri para a realização deste trabalho eram de natureza retrospectiva, acarretando as suas inerentes limitações e tornando o processo de estabelecer conclusões definitivas muito difícil. As definições de complicações ou eventos adversos das técnicas de palição variavam, entre os diversos artigos, assim como o tipo de pacientes incluídos (uns, incluíam apenas os doentes com cancro gástrico, acabando por ter resultados duvidosos pela dimensão reduzida da amostra, outros, estudavam todos os doentes que se apresentavam com GOO maligna, incluindo os que tinham cancro gástrico, pancreático, dos ductos biliares, entre outros), gerando dificuldade em interpretar os dados apresentados e em correlacioná-los em conjunto.

A GOO maligna por cancro gástrico deve ser considerada uma entidade à parte da GOO maligna com outras etiologias, devido à maior sobrevida e melhor prognóstico dos doentes com cancro gástrico quando em comparação, como por exemplo, com os doentes com GOO maligna por cancro pancreático. O facto de os doentes com cancro gástrico poderem apresentar uma sobrevida expectável maior do que os que apresentam outras neoplasias que causem GOO, levou à consideração de poderem serem utilizadas técnicas paliativas mais agressivas que pudessem corresponder e potenciar esta maior esperança de vida dos doentes. Surgiu então a questão: paliar com a colocação endoscópica de stents ou cirurgicamente.

A colocação endoscópica de stents surge como uma opção minimamente invasiva e com ótimos resultados a curto-prazo, com o inconveniente de maior probabilidade de complicações ou eventos adversos a longo prazo (eventos relacionados com o próprio stent, sendo as re-obstruções muito frequentes); enquanto a gastrojejunostomia constitui uma técnica de palição de si mais agressiva, tanto por se tratar de uma cirurgia com todos os riscos que lhe são inerentes, como por levar mais tempo a que se atinjam os mesmos resultados clínicos que a aplicação dos stents. Contudo, ao contrário destes últimos, a gastrojejunostomia apresenta melhores resultados a longo prazo, com uma taxa de complicações/eventos adversos significativamente menor. Deste modo, concluiu-se que seria adequado recomendar a colocação de stents para os doentes com sobrevida menor, de até dois meses, e que, por outro lado, se aconselharia a gastrojejunostomia nos doentes com esperança de vida superior a dois meses. Neste caso, surgiria outro problema: que fatores de prognóstico poderiam ser usados para prever a sobrevida destes doentes e assim decidir a técnica de palição a aplicar? Jeurnink e colegas²⁰ responderam a esta questão, afirmando que o score WHO é o único fator de prognóstico significativo para prever a sobrevida em pacientes com GOO maligna,

advogando o uso da gastrojejunostomia como técnica paliativa nos doentes com score WHO 0-1 e o uso de stents colocados endoscopicamente nos doentes com score WHO 3-4.

Há que atentar na enorme diferença entre os resultados de estudos científicos e a decisão necessária à cabeceira do doente real¹⁰. Considero, por fim, que a decisão da técnica paliativa deve ser individualizada, tendo em conta o estado geral do doente, o seu prognóstico e, muito importante, atendendo às escolhas do mesmo. É premente lembrar que se trata da fase final da vida de uma pessoa, a qual deve ser encarada com respeito e legitimidade, procurando atender às suas pretensões.

BIBLIOGRAFIA

1. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): A population-based study. *Lancet Oncol.* 2012;13(8):790-801. doi:10.1016/S1470-2045(12)70211-5.
2. Bosscher MRF, van Leeuwen BL, Hoekstra HJ. Surgical emergencies in oncology. *Cancer Treat Rev.* 2014;40(8):1028-1036. doi:10.1016/j.ctrv.2014.05.005.
3. Miyazaki Y, Takiguchi S, Takahashi T, et al. Treatment of gastric outlet obstruction that results from unresectable gastric cancer: Current evidence. *World J Gastrointest Endosc.* 2016;8(3):165-172. doi:10.4253/wjge.v8.i3.165.
4. Ferro A, Peleteiro B, Malvezzi M, et al. Worldwide trends in gastric cancer mortality (1980-2011), with predictions to 2015, and incidence by subtype. *Eur J Cancer.* 2014;50(7):1330-1344. doi:10.1016/j.ejca.2014.01.029.
5. Huggett MT, Ghaneh P, Pereira SP. Drainage and bypass procedures for palliation of malignant diseases of the upper gastrointestinal tract. *Clin Oncol.* 2010;22(9):755-763. doi:10.1016/j.clon.2010.08.001.
6. Dittmar Y, Rauchfuss F, Goetz M, et al. Non-curative gastric resection for patients with stage 4 gastric cancer--a single center experience and current review of literature. *Langenbecks Arch Surg.* 2012;397(5):745-753. doi:10.1007/s00423-012-0902-3.
7. Lasithiotakis K, Antoniou SA, Antoniou GA, Kaklamanos I, Zoras O. Gastrectomy for stage IV gastric cancer. A systematic review and meta-Analysis. *Anticancer Res.* 2014;34(5):2079-2086.
8. Karpeh MS. Palliative treatment and the role of surgical resection in gastric cancer. *Dig Surg.* 2013;30(2):174-180. doi:10.1159/000351177.
9. Waddell T, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, Arnold D. Gastric cancer+: ESMO-ESSO-ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013;24(SUPPL.6). doi:10.1093/annonc/mdt344.
10. Goldberg EM. Palliative treatment of gastric outlet obstruction in terminal patients: SEMS. Stent every malignant stricture! *Gastrointest Endosc.* 2014;79(1):76-78. doi:10.1016/j.gie.2013.07.056.
11. Falcão PR, Freitas RG, Guimarães-filho MA. Urgências em Cirurgia Oncológica Abdominal para o Cirurgião Geral. *Rev do Hosp Univ Pedro Ernesto, UERJ.* 2009;8(1):89-94.
12. Brimhall B, Adler DG. Enteral stents for malignant gastric outlet obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2011;21(3):389-403. doi:10.1016/j.giec.2011.04.002.
13. Ly J, O'Grady G, Mittal A, Plank L, Windsor J a. A systematic review of methods to palliate malignant gastric outlet obstruction. *Surg Endosc.* 2010;24(2):290-297. doi:10.1007/s00464-009-0577-1.

14. Sano T, Kodera Y. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). *Gastric Cancer*. 2011;14(2):113-123. doi:10.1007/s10120-011-0042-4.
15. Khashab M, Alawad AS, Shin EJ, et al. Enteral stenting versus gastrojejunostomy for palliation of malignant gastric outlet obstruction. *Surg Endosc Other Interv Tech*. 2013;27(6):2068-2075. doi:10.1007/s00464-012-2712-7.
16. Keränen I, Kylänpää L, Udd M, et al. Gastric outlet obstruction in gastric cancer: A comparison of three palliative methods. *J Surg Oncol*. 2013;108(8):537-541. doi:10.1002/jso.23442.
17. Kate V. Gastrojejunostomy. <http://emedicine.medscape.com/article/1891989-overview>. Published 2015.
18. Turnage R. Truncal Vagotomy with Gastrojejunostomy. In: *Gastric Surgery*. ; 2013.
19. Zhang LP, Tabrizian P, Nguyen S, Telem D, Divino C. Laparoscopic gastrojejunostomy for the treatment of gastric outlet obstruction. *JSLS*. 2011;15(2):169-173. doi:10.4293/108680811X13022985132074.
20. Jeurnink SM, Steyerberg EW, Vleggaar FP, et al. Predictors of survival in patients with malignant gastric outlet obstruction: a patient-oriented decision approach for palliative treatment. *Dig Liver Dis*. 2011;43(7):548-552. doi:10.1016/j.dld.2011.01.017.
21. No JH, Kim SW, Lim CH, et al. Long-term outcome of palliative therapy for gastric outlet obstruction caused by unresectable gastric cancer in patients with good performance status: endoscopic stenting versus surgery. *Gastrointest Endosc*. 2013;78(1):55-62. doi:10.1016/j.gie.2013.01.041.
22. Park CH, Park JC, Kim EH, et al. Impact of carcinomatosis and ascites status on long-term outcomes of palliative treatment for patients with gastric outlet obstruction caused by unresectable gastric cancer: Stent placement versus palliative gastrojejunostomy. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(2):321-332. doi:10.1016/j.gie.2014.06.024.
23. Manzoni G, Di Leo A, Rodella L, Lombardo F, Catalano F. Endoscopic and Surgical Palliation of Unresectable Gastric Cancer. In: *Surgery in the Multimodal Management of Gastric Cancer*. ; 2012:203-206.
24. Zheng B, Wang X, Ma B, Tian J, Jiang L, Yang K. Endoscopic stenting versus gastrojejunostomy for palliation of malignant gastric outlet obstruction. *Dig Endosc*. 2012;24(2):71-78. doi:10.1111/j.1443-1661.2011.01186.x.
25. Jeurnink SM, Steyerberg EW, van Hooft JE, et al. Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(3):490-499. doi:10.1016/j.gie.2009.09.042.
26. Kim CG, Choi IJ, Lee JY, et al. Covered versus uncovered self-expandable metallic stents for palliation of malignant pyloric obstruction in gastric cancer patients: a randomized, prospective study. *Gastrointest Endosc*. 2010;72(1):25-32. doi:10.1016/j.gie.2010.01.039.
27. Telford JJ, Carr-Locke DL, Baron TH, et al. Palliation of patients with malignant gastric outlet obstruction with the enteral Wallstent: Outcomes from a multicenter

- study. *Gastrointest Endosc.* 2004;60(6):916-920. doi:10.1016/S0016-5107(04)02228-X.
28. Kim JH, Song HY, Shin JH, et al. Metallic stent placement in the palliative treatment of malignant gastroduodenal obstructions: prospective evaluation of results and factors influencing outcome in 213 patients. *Gastrointest Endosc.* 2007;66(2):256-264. doi:10.1016/j.gie.2006.12.017.
 29. Fiori E, Lamazza A, Demasi E, Decesare A, Schillaci A, Sterpetti A V. Endoscopic stenting for gastric outlet obstruction in patients with unresectable antro pyloric cancer. Systematic review of the literature and final results of a prospective study. the point of view of a surgical group. *Am J Surg.* 2013;206(2):210-217. doi:10.1016/j.amjsurg.2012.08.018.