

MORBIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO NA BAHIA - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA ENTRE OS ANOS DE 2020 E 2024

Matheus Jacobina Brito Passos¹;

Faculdade Zarns, (Zarns), Salvador, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/2220937287507143>

Alcides Duarte de Almeida Neto²;

Faculdade Zarns, (Zarns), Salvador, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/2936211467551558>

Vanêssa Araújo Jacobina Brito³.

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, (EBMSP) Salvador, Bahia

<https://lattes.cnpq.br/1031664427123802>

RESUMO: O câncer gástrico pode afetar qualquer segmento do estômago, embora seja mais comumente observado no corpo gástrico. O tipo histológico adenocarcinoma é responsável por cerca de 95% dos casos atingindo majoritariamente, homens entre 60-70 anos. Possui etiologia multifatorial, mas o *Helicobacter pylori* tem um papel significativo; sintomas tendem a ocorrer tardiamente na doença comprometendo na maioria das vezes o prognóstico. O diagnóstico é feito por endoscopia com biópsia, seguido de TC e ultrassonografia endoscópica para estadiamento. O tratamento é cirúrgico, às vezes em combinação com quimioterapia ou quimiorradiação. A sobrevida a longo prazo é baixa, exceto para pacientes com doença local. Este estudo epidemiológico é do tipo quantitativo, observacional, ecológico, retrospectivo e os dados foram obtidos na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A consulta foi realizada em setembro de 2024. O estudo realizado demonstrou que na Bahia, nos 5 anos avaliados, a Macrorregião Leste foi a responsável pelo maior número de notificações de neoplasia maligna gástrica, bem como pelo maior número de óbitos. A faixa etária onde o maior número de óbitos ocorreu foi a entre 60-69 anos, houve predomínio na raça parda e sexo masculino.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer gástrico. Epidemiologia. Diagnóstico.

MORBIDITY FROM MALIGNANT NEOPLASMS OF THE STOMACH IN BAHIA - EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS BETWEEN THE YEARS OF 2020 AND 2024

ABSTRACT: Gastric cancer can affect any segment of the stomach, although it is most commonly seen in the gastric body. The histological type adenocarcinoma is responsible for around 95% of cases, affecting mostly men between 60-70 years old. It has a multifactorial etiology, but *Helicobacter pylori* plays a significant role; Symptoms tend to occur late in the disease, most of the time compromising the prognosis. Diagnosis is made by endoscopy with biopsy, followed by CT and endoscopic ultrasound for staging. Treatment is surgical, sometimes in combination with chemotherapy or chemoradiation. Long-term survival is poor except for patients with local disease. This epidemiological study is quantitative, observational, ecological, retrospective and the data were obtained from the database of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The consultation was carried out in September 2024. The study demonstrated that in Bahia, in the 5 years evaluated, the Eastern Macroregion was responsible for the highest number of notifications of gastric malignant neoplasia, as well as the highest number of deaths. The age group where the highest number of deaths occurred was between 60-69 years old, with a predominance of brown race and males.

KEY-WORDS: Stomach cancer. Epidemiology. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O câncer de estômago tem o tipo adenocarcinoma como o mais comum, sendo responsável por cerca de 95% dos casos de tumor do estômago. Porém, outros tipos como linfomas e sarcomas, também podem ocorrer. Os linfomas compreendem cerca de 3% dos casos.

Caracteriza-se inicialmente pela ausência de sintomatologia ou por sintomas vagos e inespecíficos, o que contribui para o seu diagnóstico em estágios avançados, muitas vezes já com metástases à distância. Com a evolução da doença, costuma-se haver o aparecimento de diversos sintomas, sendo a perda de peso e a dor abdominal os mais comuns. A dor tende a ser epigástrica, vaga e de leve intensidade inicialmente, porém mais severa e constante com o avançar da doença.

Alguns sintomas podem sugerir a localização do tumor. Assim, disfagia indica um tumor localizado no terço proximal infiltrando a junção esôfago-gástrica (JEG); vômitos persistentes associados à plenitude pós-prandial sugerem um tumor distal com invasão do piloro. O envolvimento de toda extensão do estômago (linite plástica) leva a perda de distensibilidade, ocasionando náuseas e saciedade precoce. O sangramento oculto não é incomum e 40% dos pacientes apresentam anemia, ainda que hematêmese ou melena sejam observados em apenas 15% dos casos.

A anamnese e exame físico têm como principal objetivo afastar doença metastática e os sítios mais comuns são fígado, peritônio e os linfonodos não-regionais.

O diagnóstico é baseado na endoscopia digestiva alta com biópsia, contudo, em alguns casos se faz necessário a realização de exame de imunohistoquímica para diferenciar adenocarcinomas pouco diferenciados e linfomas. A tomografia computadorizada, o PET-TC e a videolaparoscopia contribuem para o estadiamento tumoral.

O câncer de estômago está entre os mais incidentes, em ambos os sexos, na população brasileira.

A etiologia é multifatorial, mas *Helicobacter pylori* tem um papel significativo quando está associado a metaplasia intestinal gástrica extensa. O combate ao H pylori diminui em 35% a ocorrência de câncer gástrico (FUCCIO L. et al., 2009). Seu desenvolvimento está fortemente associado a alguns fatores de alimentação e nutrição. A Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC) da OMS relatou uma associação positiva entre consumo de carne processada e câncer de estômago (Bouvard V, et al, 2015). O sobrepeso e a obesidade aumentam o risco de desenvolvimento de câncer gástrico na região da cárdia. O consumo excessivo de sal, alimentos salgados e conservados no sal aumentam o risco de desenvolvimento de câncer de estômago. Outro importante fator de risco para o câncer de estômago é o consumo de bebidas alcoólicas com significativo efeito dose-resposta, O tabagismo também é um importante fator de risco para o câncer de estômago. Fatores genéticos também são fatores de risco. O câncer gástrico difuso hereditário associa-se a uma mutação no gene *cadherin 1 (CDH1)* e não apresenta lesão precursora, Trata-se de um traço autossômico dominante com alta penetrância. Os pacientes afetados geralmente desenvolvem a doença em idade precoce (idade média de 38 anos) e têm cerca de 80% de risco ao longo da vida de desenvolver câncer gástrico (Pharoah PD et al, 2001). Um estudo realizado por L M Canseco-Ávila et al analisou os casos de câncer gástrico atendidos no Hospital Regional de Alta Especialidad 'Ciudad Salud', localizado em Chiapas, México e dos 86 pacientes incluídos, 35,71% afirmaram ingerir álcool e 22,61% eram fumantes.

Os pólipos gástricos podem ser precursores do câncer. Os do tipo inflamatórios podem desenvolver-se em pacientes em uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs); já os de glândulas fúndicas são comuns em pacientes utilizando inibidores da bomba de prótons. Os pólipos adenomatosos, geralmente são múltiplos, raros, porém são os de maior risco de transformação maligna. O câncer é particularmente mais provável nos casos de pólipos adenomatosos maiores que 2 cm de diâmetro ou quando o componente viloso está presente na análise histológica.

Outras síndromes genéticas que predispõem ao câncer de estômago incluem a polipose adenomatosa familiar, a síndrome de Lynch, a síndrome de polipose juvenil e a síndrome de Peutz-Jeghers.

O diagnóstico precoce desse tipo de câncer deve ser buscado por meio da investigação dos seguintes sinais e sintomas mais comuns (NICE, 2021): Massa em abdômen superior,

dispepsia e disfagia, epigastralgia, perda de peso e de apetite, refluxo.

O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença. O tipo precoce (limitado às camadas mucosa e submucosa) pode ser tratado com ressecção endoscópica (em geral lesões menores de 2cm, bem diferenciadas, restritas à mucosa, não ulceradas e sem invasão angiolinfática) ou gastrectomia com linfadenectomia a D1. Já as lesões avançadas têm indicação de gastrectomia a D2 associada a tratamento com quimioterapia e, eventualmente, radioterapia.

A taxa de sobrevida depende do estágio do câncer no momento do diagnóstico. O prognóstico depende significativamente do estágio, porém, no geral, é ruim (sobrevida aos 5 anos < 5 a 15%) devido a maioria dos pacientes apresentar doença avançada no momento do diagnóstico. Se o tumor limitar-se à mucosa ou submucosa, a sobrevida aos 5 anos pode ser tão alta quanto 90% (Zhang J et al, 2014. Para tumores que envolvem linfonodos locais, a sobrevida está correlacionada com o número de linfonodos envolvidos. Doença mais disseminada é quase sempre fatal em cerca de 6 a 12 meses.

Por tratar-se de uma patologia de suma importância na saúde pública, este trabalho teve como objetivo a análise dos dados epidemiológicos da morbidade por neoplasia maligna do estômago na Bahia num período de 5 anos.

OBJETIVO

Analisar o perfil epidemiológico da neoplasia maligna do estômago na Bahia entre os anos de 2020 e 2024 (de janeiro /2020 a janeiro/2024) com o objetivo de contribuir para a prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e melhor prognóstico desta patologia.

MATERIAL E MÉTODOS

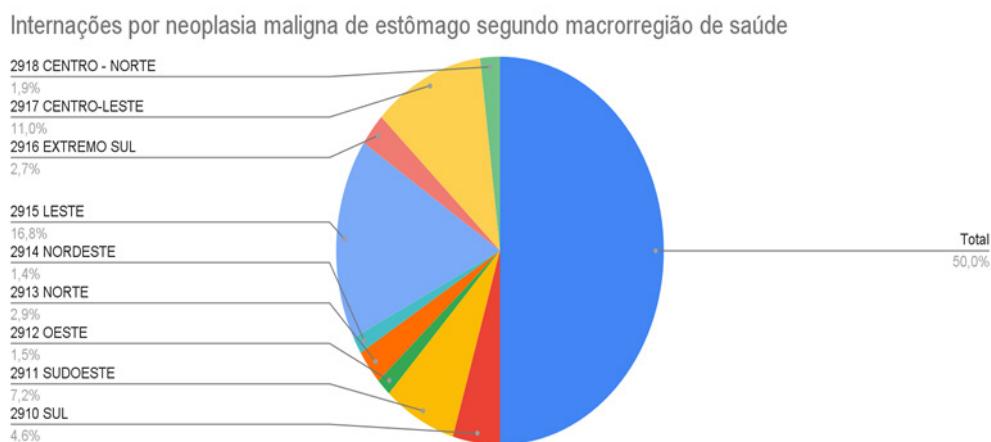
Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, observacional, ecológico, retrospectivo dos casos internados por neoplasia maligna do estômago na Bahia, durante o período de janeiro de 2020 a janeiro de 2024. Dados secundários, obtidos por meio de pesquisas nos bancos de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foram utilizados. A coleta de dados foi realizada através do DATASUS, seguindo a sequência: “Acesso à informação” >> “Informações em Saúde (TABNET)” >> “Epidemiológicas e Morbidade” >> “Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS)” >> Geral por local de residência (SIH/SUS) >> Abrangência geográfica Bahia >> Lista morbidade CID 10 “Neoplasia maligna do estômago “. >> Após essa etapa, os dados foram agrupados em gráficos utilizando o programa Microsoft Excel 2020®. A análise e discussão foram orientadas pelas variáveis: internações por capítulo CID10, óbitos segundo macrorregião de saúde, taxa de mortalidade por macrorregião de saúde, óbitos segundo faixa etária, óbitos segundo cor/raça e óbitos segundo sexo. Após a análise estatística, as informações obtidas foram comparadas com a literatura existente sobre esta patologia.

As fontes de dados utilizados neste trabalho são de domínio público e de pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual. Essas condições preenchem os quesitos para que o estudo não necessite de registro ou avaliação pelo Sistema do Comitê de Ética em pesquisa da Comissão nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), conforme Resolução 510/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

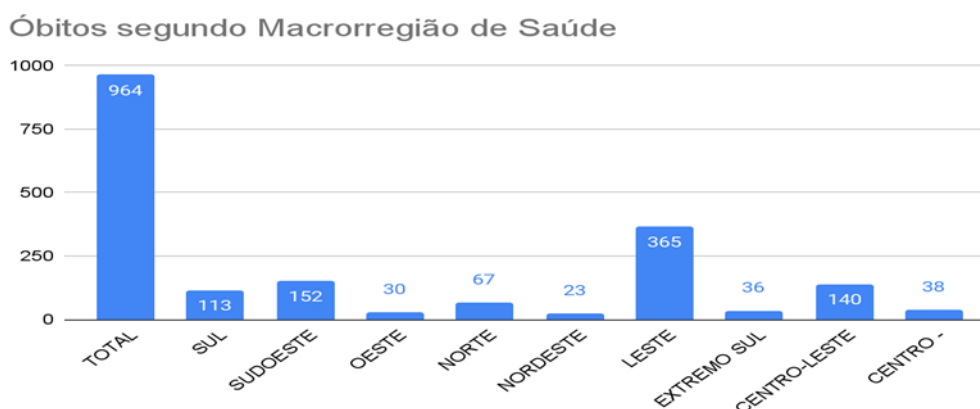
O Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado da Bahia (PDR/BA) divide o território baiano em 28 Regiões de Saúde que se juntam em nove Macrorregiões de Saúde denominadas de: Macrorregião Norte- Juazeiro, Macrorregião Nordeste- Alagoinhas , Macrorregião Leste- Salvador , Macrorregião Sul- Ilhéus ,Macrorregião Extremo Sul- Teixeira de Freitas, Macrorregião Sudoeste-Vitória da Conquista, Macrorregião Oeste- Barreiras, Macrorregião Centro Norte-Jacobina e Macrorregião Centro Leste-Feira de Santana.

Após análise de dados, observou-se que entre os anos de 2020 e 2024 (de janeiro /2020 a janeiro/ 2024), a Bahia obteve um total de 5.888 casos notificados de internações por neoplasia maligna de estômago segundo Macrorregião de saúde, sendo que a Macrorregião Leste (NRS Salvador) obteve o maior número de notificações, totalizando 1976 casos, o que correspondeu a 33,55%. Seguiu-se a Macrorregião Centro-Leste (NRS- Feira de Santana) com 1290 casos (21,98%) e a sudoeste (NRS- Vitória da Conquista) com 849 casos (14,4%) do total. A Macrorregião com o menor número de notificados foi a Nordeste (NRS-Alagoinhas) com 167 casos (28,36%), como mostra o gráfico abaixo.



Fonte: Passos MJ, et al.,2024; dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),2024.

Ao analisar-se óbitos segundo Macrorregião de Saúde, percebeu-se que o total de óbitos foi de 964 casos, sendo que a Macrorregião Leste (NRS- Salvador) foi a responsável pelo maior número de casos, totalizando 365 pacientes, o que correspondeu a 41,64%. Seguiu-se a Macrorregião Oeste (NRS- Barreiras) com 152 casos (15,76%) e a Centro-Oeste com 140 casos (14,52%). A Macrorregião Nordeste (NRS-Alagoinhas) foi a que menos obteve notificações, totalizando 23 casos, conforme mostra o gráfico abaixo.

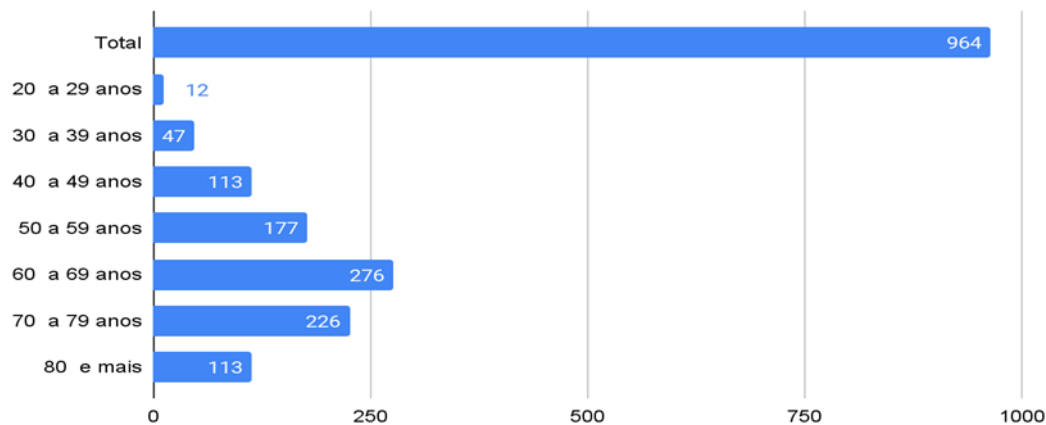


Fonte: Passos MJ, et al., 2024; dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2024.

Ja em relação a taxa de mortalidade, a macrorregião Sul (NRS- Ilhéus) apresentou uma taxa de 20,66%, seguida da Norte (NRS-Juazeiro) com 19,82%, Leste (NRS-Salvador); a macrorregião com menor taxa foi a Centro-Leste (NRS-Feira de Santana) com 10,85% .

A análise segundo faixa etária mostrou que de um total de 964 de óbitos, 276 casos foram de pacientes idosos, entre de 60-69 anos , totalizando 28,63%, seguidos da faixa etária de 70-79 anos com 226 casos (23,44%) e dos indivíduos entre 50-59 anos com 177 casos (18,36%) das notificações como visto no gráfico abaixo.

Óbitos segundo faixa etária



Fonte: Passos MJ, et al.,2024; dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),2024.

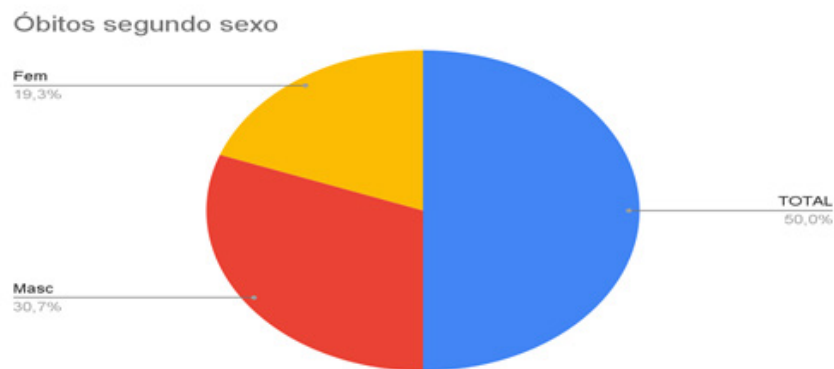
Após análise de óbitos segundo cor/ raça, dos 964 casos notificados, a raça parda apresenta a maioria dos notificados com um total de 659 casos (68,36%), seguida da raça preta com 110 casos (11,41%). A raça branca apresentou 52 casos notificados, totalizando 5,39% conforme mostra o gráfico abaixo.

Os dados avaliados correlacionam-se ao estudo realizado por LAURENTINO R.N.et. al.que avaliou o perfil epidemiológico da neoplasia maligna de estômago no Brasil entre 2017 a 2022 demonstrando predominância da doença no sexo masculino, sendo responsável por 64,06% dos casos. Nesse mesmo estudo, a faixa etária mais afetada foi compreendida entre adultos de 60 a 69 anos ,resultando em 28,88% dos pacientes acometidos

Fonte: Passos MJ, et al., 2024; dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),2024.

Um estudo realizado por sobre o Panorama epidemiológico da mortalidade por câncer de estômago no México demonstrou que durante os anos de 1980 a 1997, nesta localidade o número total de mortes por câncer de estômago foi de 76.315 casos. A proporção homem:mulher foi de 1,2: 1,0.

Em relação ao sexo, no nosso estudo, o sexo masculino foi o predominante, com 591 casos (61,3%); já o sexo feminino obteve 373 notificações o que correspondeu a 38,7%, como mostra o gráfico



Fonte: Passos MJ, et al., 2024; dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),2024.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é considerado um problema de saúde pública; Pelo fato de que o câncer de estômago ser o 2º câncer mais comum no mundo, e no Brasil, assumir o terceiro tipo mais frequente entre pessoas do sexo masculino e o quinto entre as do sexo feminino esta patologia encontra-se em uma posição de alta relevância em nosso meio . Daí a importância de uma avaliação epidemiológica, para que a partir dela, possamos conhecer melhor a população acometida e traçar políticas de prevenção desta patologia bem como diagnóstico precoce para que assim possamos melhorar as chances de cura.

REFERÊNCIAS

- 1- BOUVARD, V. *et al.* Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. **The Lancet Oncology**, v. 16, n. 16, p. 1599–1600, dez. 2015.
- 2- CANSECO-ÁVILA, L. M. *et al.* Gastric cancer epidemiology in tertiary healthcare in Chiapas. **Revista de Gastroenterología de México (English Edition)**, v. 84, n. 3, p. 310–316, jul. 2019.
- 3- FUCCIO, L. *et al.* Meta-analysis: Can Helicobacter pylori Eradication Treatment Reduce the Risk for Gastric Cancer? **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 2, p. 121, 21 jul. 2009.
- 4- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf
- 5- LAURENTINO, R. N. *et al.* PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA NEOPLASIA MALÍGNA DE ESTÔMAGO NO BRASIL ENTRE 2017 A 2022. **Brazilian Journal of Implantology and**

Health Sciences, v. 5, n. 5, p. 6461–6471, 27 dez. 2023.

6- **Recommendations organised by site of cancer**. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/Recommendations-organised-by-site-of-cancer#upper-gastrointestinal-tract-cancers>>. Acesso em: 15 set. 2024.

7- PHAROAH, P. D. P.; GUILFORD, P.; CALDAS, C. Incidence of gastric cancer and breast cancer in CDH1 (E-cadherin) mutation carriers from hereditary diffuse gastric cancer families. **Gastroenterology**, v. 121, n. 6, p. 1348–1353, dez. 2001.

8- SIEGEL, R. L. *et al.* **Cancer statistics, 2023. CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 73, n. 1, p. 17–48, jan. 2023.

9- ZHANG, J. *et al.* Evaluation of the seventh AJCC TNM staging system for gastric cancer: a meta-analysis of cohort studies. **Tumor Biology**, v. 35, n. 9, p. 8525–8532, 3 abr. 2014.