

# IMPORTÂNCIA DA GASTRODUODENOSCOPIA NAS AFECÇÕES MALIGNAS DO ESTÔMAGO E DUODENO

Shinichi Ishioka \*  
Paulo Sakai \*\*

O exame endoscópico do esôfago, estômago e duodeno se realiza atualmente, de modo rotineiro e integrado, contribuindo decisivamente para o diagnóstico correto e cada vez mais frequente das doenças malignas gastroduodenais. Entretanto, no passado esta possibilidade surgiu somente por volta de 1952 com o advento da gastrocâmara idealizada por UGI<sup>1</sup>, sendo este método aperfeiçoado subsequentemente para uso sistemático no diagnóstico do carcinoma gástrico no Japão.

Este dispositivo permite essencialmente a documentação fotográfica do interior da câmara gástrica, graças a uma minúscula câmara fotográfica com filme especial embutido na extremidade distal do aparelho e que é introduzido até o estômago após preparo adequado do paciente.

Após a realização do exame com documentação fotográfica segundo técnica apropriada, o filme é interpretado de acordo com a análise das imagens obtidas e desta maneira, os diagnósticos das lesões gástricas, tais como gastrites superficiais, polipos, úlceras pépticas e carcinoma gástrico são confirmados (Fig. 1).

Com o advento da tecnologia das fibras ópticas, Hirschowitz construiu e demonstrou a utilidade do gastroscópio flexível em 1958<sup>2</sup> e vislumbrando a possibilidade de observar o duodeno, através do piloro, pretenciosamente denominou este aparelho de gastroduodenoscópio. Além da vantagem de se poder ver o estômago durante o exame endoscópico, passou também a permitir a retirada de fragmentos para biópsia com um sistema de pinça devidamente adaptado ao fibroscópio.

Este importante avanço preencheu uma lacuna importante deixada pela gastrocâmara, pela qual não se conseguia definir o diagnóstico diferencial em casos de lesões duvidosas e desta forma a fibrogastrosocopia dotada de dispositivo para biópsias veio solucionar este grande problema<sup>3</sup>.

Em contraposição, se o fibrogastroscópio permitia a endoscopia gástrica e biópsia simultaneamente, já não era possível a documentação fotográfica nos moldes da gastrocâmara, sendo necessário adaptar a máquina foto-



Fig. 1 — Câncer gástrico precoce tipo I (polipoide) da pequena curvatura antral documentado pelo método da gastrocâmara.

gráfica convencional à ocular para o registro das imagens. Somente mais tarde por volta de 1970, é que se tornou possível reunir em um gastroscópio os três dispositivos: a gastrocâmara, o fibroscópio e o sistema de biópsias (Fig. 2).

Se de um lado, grandes progressos estavam se processando no campo do diagnóstico das afecções gástricas e sobretudo do câncer neste período, o sonho de se poder observar endoscopicamente além do piloro se concretizou a partir de 1968, com o advento dos primeiros gastroduodenoscópios de visão lateral que permitia o exame do bulbo e do duodeno sistematicamente.

A façanha de ultrapassar o piloro atingindo a segunda porção duodenal para inspeção da papila duodenal coube a Kozu e cols. em 1968<sup>4</sup>, tendo-se constituído num verdadeiro impacto no campo da endoscopia gastrointestinal, abrindo novas e espetaculares perspectivas das quais se desfrutaram nos dias atuais.

Desta forma o carcinoma de papila duodenal, as infiltrações duodenais ou os comprometimentos decorrentes do carcinoma da cabeça do pâncreas e também os raros casos de carcinoma primitivo do duodeno passaram a ser diagnosticados e melhor definidos endoscopicamente.

Diretor do Serviço de Endoscopia Peroral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

\*\* Médico Supervisor da Equipe Médica II (Endoscopia Gastrointestinal) do Hospital das Clínicas da FMUSP.

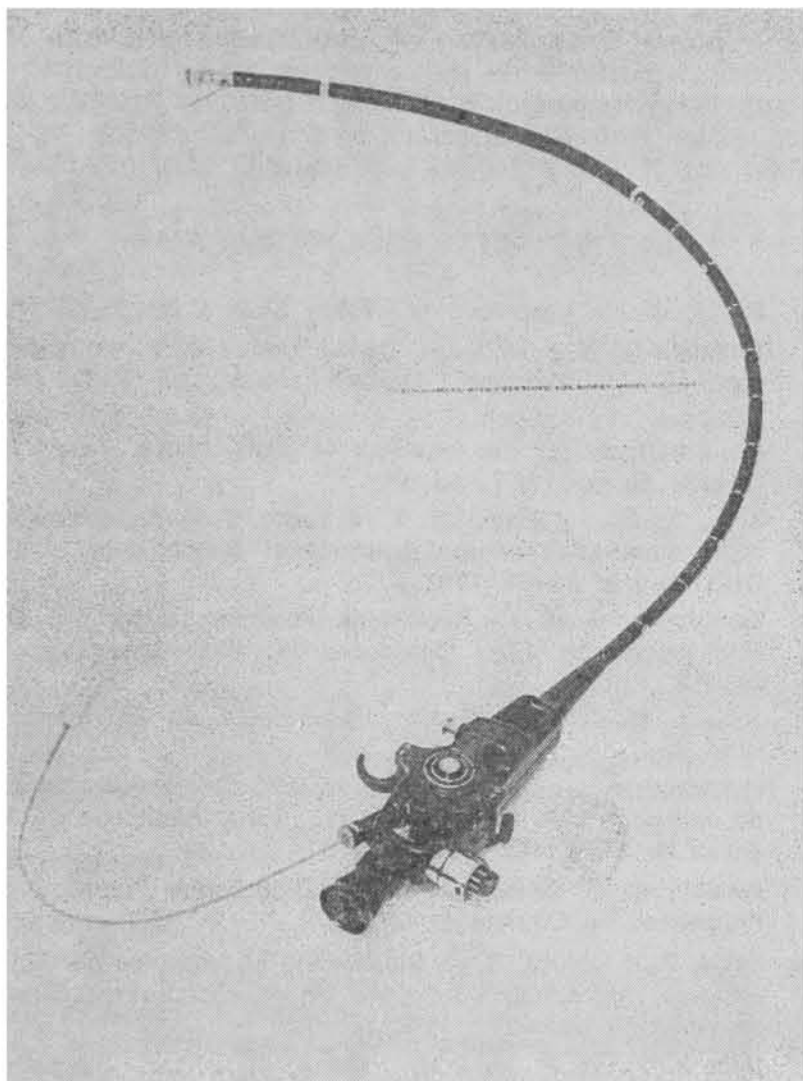


Fig. 2 — Gastrocâmara mod. GTF — B2 com fibroscópio e sistema de biópsia.



Fig. 3 — Colangiopancreatografia endoscópica revelando carcinoma infiltrativo de colédoco.

Além dos recursos da biópsia endoscópica das lesões da papila e do duodeno, a possibilidade de cateterização do óstio da papila para opacificação radiológica retrógrada das vias biliares e pancreáticas, constituiu outro grande marco conseguido por Takagi e Oi isoladamente em 1970<sup>5</sup> trazendo contribuição inédita no diagnóstico e avaliação do carcinoma destes dois setores (Fig. 3).

Como consequência imediata do aperfeiçoamento do método da gastroscopia e desde a época do uso sistemático da gastrocâmara no Japão, houve oportunidade de se conhecer melhor os aspectos diagnósticos do câncer gástrico, baseado sobretudo na sua detecção precoce. Desta maneira, além dos conceitos já bastante difundidos do câncer gástrico quanto ao ponto de vista clínico, cirúrgico e anátomo-patológico e neste particular a classificação macroscópica de Borrmann, foram introduzidos novos conhecimentos sob a denominação de câncer gástrico precoce ou câncer gástrico inicial segundo alguns autores<sup>6</sup>.

Com base na sólida experiência e seus excelentes resultados, a Sociedade Japonesa de Pesquisa do Câncer Gástrico e a Sociedade de Endoscopia Gastroenterológica do Japão, em 1962 e 1963 respectivamente, enunciou a definição de Câncer Gástrico Precoce na qual a infiltração maligna não ultrapassa a camada sub-mucosa da parede gástrica sem considerar eventual comprometimento ganglionar.

Conforme as características morfológicas principais e para uniformidade nas especificações destas lesões, foi

estabelecida outra classificação para o câncer gástrico precoce e distingue três tipos principais com suas variantes (Fig. 4):

- Tipo I — lesões elevadas (polipóides).
- Tipo II — com três sub-tipos IIa, IIb e IIc como discreta elevação, ligeiras alterações da superfície mucosa e a forma erosiva respectivamente.
- Tipo III — quando existem focos superficiais ao redor de ulceração péptica.
- Tipo misto — a associação das antes mencionadas (Fig. 4).

A importância do diagnóstico deste tipo de câncer reside justamente no fato de que ao ser reconhecido e tratado imediatamente, permite na maioria dos casos grandes possibilidades de sobrevida de 5 anos, aumentando de modo muito significativo o objetivo da cura. As estatísticas dos resultados do tratamento cirúrgico dos diferentes centros hospitalares do Japão acusam índices de sobrevida de mais de cinco anos superiores a 90% e atualmente as sobrevidas de mais de 10 anos com cifras acima de 80%. Em nosso meio também já se encontram em curso experiências e resultados semelhantes para os casos diagnosticados em idênticas condições<sup>7,9,8</sup>.

Indubitavelmente, esta foi uma contribuição fundamental no campo da cancerologia do aparelho digestivo nos últimos tempos e em analogia existem outras



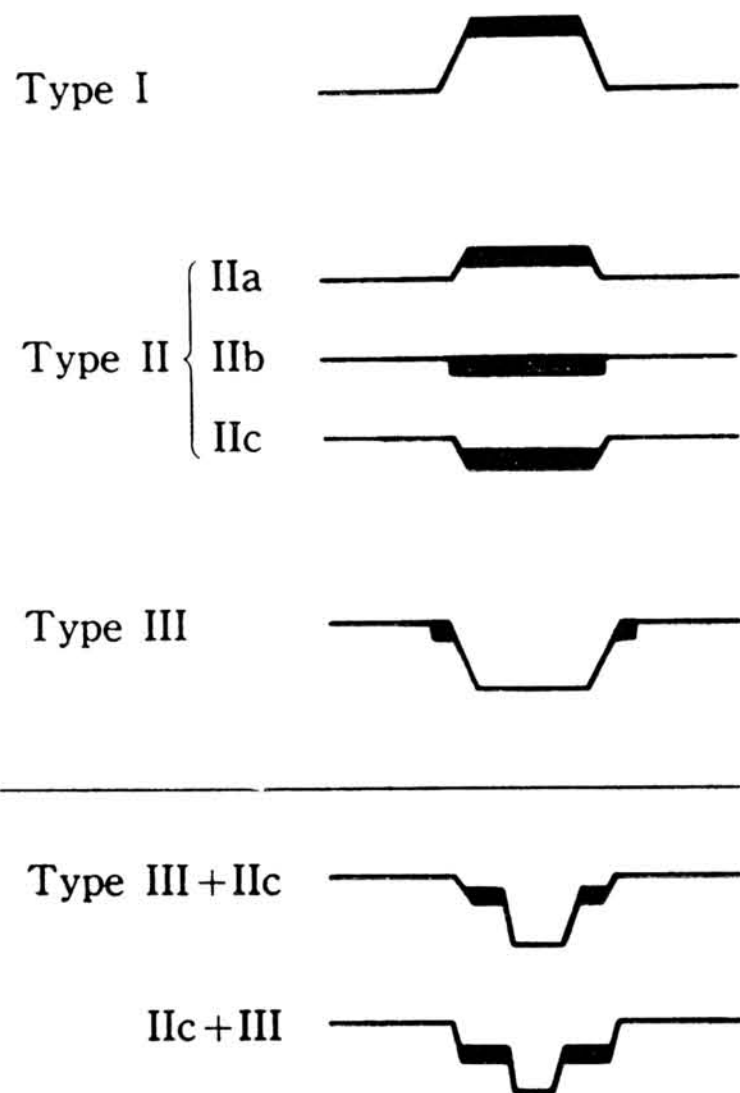


Fig. 4 — Esquema da classificação do câncer Gástrico Precoce.

tentativas para o diagnóstico de lesões malignas de outros segmentos do tubo digestivo alto como a do esôfago, da papila duodenal e do pâncreas e vias biliares com resultados preliminares bons e casuísticas ainda reduzidas em função da incidência menor em relação ao câncer do estômago no Japão e em outros países mais recentemente <sup>10,11,12,13</sup>.

Desta forma, a gastroduodenoscopia tem desempenhado papel importante no diagnóstico eficiente das afecções benignas e de modo particular na definição do diagnóstico diferencial em casos duvidosos, melhor avaliação das lesões avançadas e a possibilidade da detecção das lesões precoces aos exames bem orientados.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uji, T. — The gastroscope. *Tokyo Med. J.* **61**: 61-135, 1952.
2. Hirschowitz, B. I. et al. — Demonstration of a new gastroscope the "Fiberscope" *Gastroenterology* **35**: 50-53, 1958.
3. Kurokawa, T.; Kajitani, T. & Oota, K. — Endoscopic biopsy. *In: Carcinoma of the stomach in early phase.* Tokyo. Nakayama Shoten, 1967. pg. 241.
4. Kozu, T.; Oi, I.; Suzuki, S. & Takemoto, T. — Fiberduodenoscopic observation on the dynamics of the duodenal papilla. *Endoscopy* **2**: 99-102, 1970.
5. Takagi, K. et al. — Retrograde Pancreatography and Cholangiography by fiber duodenoscope. *Gastroenterology* **59**: 445-452, 1970.
6. Job, J. M. — Investigação Endoscópica do Estômago. *R. Med. atm. Porto Alegre* **6**: 383-457, 1971.
7. Nakadaira, A. — Diagnóstico diferencial das lesões ulceradas do estômago pela gastrofotografia. Tese. Faculdade de Medicina da USP, 1970.
8. Ishioka, S. — Câncer Gástrico. Diagnóstico Precoce. *In: Progressos na Cirurgia* **1**: 147, 1979.
9. Sakai, P. & Ishioka, S. — Diagnóstico Endoscópico do Câncer Gástrico. *In: Curso Continuo de Atualização em Cirurgia do Aparelho Digestivo*, 1978, pg. 18.
10. Nabeya, K. et al. — Early esophageal cancer. *Stomach & Intestine* **11**: 285, 1976.
11. Kogure, T. & Akiyama, H. — Diagnosis and Prognosis of Superficial Carcinoma of the Esophagus. *Asian Med. J.* **22**: 59, 1979.
12. Takemoto, T. et al. — Diagnosis of early cancer of the biliary tract. *Stomach & Intestine* **17**: 613, 1982.
13. Guanrei, Y.; He, H.; Sungling, O. & Yuming, G. — Endoscopic Diagnosis of 115 cases of Early Esophageal Carcinoma. *Endoscopy* **14**: 161, 1982.