

Perfil Clínicoepidemiológico do Câncer Gástrico Precoce em um Hospital de Referência em Teresina, Piauí

Clinical and Epidemiological Profile of Early Gastric Cancer in a Referral Hospital in Teresina, Piauí

Perfil Clínico y Epidemiológico del Cáncer Gástrico Precoz en un Hospital de Referencia en Teresina, Piauí

Jefferson Clerke Lopes Campelo¹, Lucas Chaves Lima²

Resumo

Introdução: O câncer gástrico precoce é definido como adenocarcinoma restrito à mucosa ou submucosa independente do comprometimento linfonodal. Quando diagnosticado nesse estágio, a taxa de sobrevivência em cinco anos supera 90%.

Objetivo: Caracterizar o perfil clínicoepidemiológico dos pacientes com câncer gástrico precoce tratados no Hospital de Referência em Oncologia de Teresina no período de 2004 a 2009. **Método:** Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo através de revisão prontuários com os casos confirmados de câncer gástrico precoce atendidos no hospital de 2004 a 2009. **Resultados:** Foram estudados 22 pacientes correspondendo a 3,8% de todos os casos de câncer gástrico, sendo 13 (59%) do sexo masculino, a média de idade foi 59,7 anos. O sintoma mais comum foi a epigastria (n=10; 38,5%). O local predominante foi o antro gástrico (n=12, 54%) e a camada mais acometida foi a submucosa (n=14, 63,6%). O grau de diferenciação mais prevalente foi o G3 (n=14, 68,2%). Os tipos macroscópicos mais registrados foram o IIc e o III com 7 (31%) casos cada. O tratamento realizado foi o cirúrgico com a gastrectomia total a técnica mais utilizada (n=13, 59%). **Conclusão:** O câncer gástrico precoce é pouco diagnosticado, sendo uma realidade observada em estudos ocidentais e segue o perfil semelhante aos descritos na literatura.

Palavras-chave: Neoplasias Gástricas/epidemiologia; Adenocarcinoma; Perfil de Saúde; Epidemiologia Descritiva; Estudos Retrospectivos; Teresina, PI

Artigo Científico de Trabalho de Conclusão de Curso, sendo seu conteúdo apresentado parcialmente à Banca Examinadora Integral Diferencial (FACID).

¹ Médico Especialista em Cirurgia Videolaparoscópica. Professor do Curso de Graduação da FACID. Diretor Técnico e Cirurgião do Hospital São Marcos. Teresina (PI), Brasil. <http://www.saomarcos.org.br/web/>.

² Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da FACID. Teresina (PI), Brasil. <http://www.facid.com.br/novo/v2/>.

INTRODUÇÃO

O câncer gástrico é a mais frequente neoplasia maligna do aparelho digestivo e embora apresente declínio incidência no país ainda se observam prevalência e mortalidade elevadas¹. A baixa sobrevida dos pacientes com a doença é refletida pela elevada razão de mortalidade sobre incidência que chega a até 70% a 90% na maioria dos países, especialmente partes da América do Sul, Leste da Ásia e Leste Europeu. O Japão é uma importante exceção por taxas de mortalidade em torno de 40%².

O declínio na prevalência do câncer gástrico ao longo das décadas foi considerado uma vitória não planejada e não esperada pelos serviços de saúde, e os motivos ainda não estão bem explicados. Acredita-se que as terapias de erradicação do *Helicobacter pylori*, o principal carcinógeno envolvido, bem como avanços tecnológicos, a facilidade de aquisição de refrigeradores e o conseqüente abandono do hábito de se utilizar sal na conserva de alimentos, além de melhorias no saneamento básico, se relacionem com essa queda da prevalência²⁻³.

Em um estudo realizado sobre mortalidade por câncer de estômago no Brasil, no período entre 1977 a 1989, observou-se que, apesar de alguns estados apresentarem claramente o declínio, em outros, como o Piauí, a tendência não pôde ser definida⁴.

Em 1962, a Sociedade Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica definiu o câncer gástrico precoce (CGP) como adenocarcinoma com invasão confinada à mucosa ou submucosa, sem considerar presença de metástase para linfonodos regionais. Nesse estágio, o paciente apresenta um excelente prognóstico, com sobrevida em cinco anos por volta de 90% após o tratamento, que pode ser cirúrgico ou endoscópico⁵⁻⁶.

No Japão, 50% dos cânceres gástricos se encontram no estágio precoce, tal cifra não foi obtida nos países ocidentais, mesmo entre os países desenvolvidos, a porcentagem varia de 9% a 20% de todos os adenocarcinomas de estômago¹. Isso ocorre porque os serviços de saúde apresentam dificuldades em implementar um sistema de rastreamento e detecção precoce efetivo e com uma relação custo-benefício adequada à realidade regional⁷.

A maioria dos casos de câncer gástrico está relacionada a mutações esporádicas em células somáticas, resultado de uma longa exposição da mucosa gástrica ao processo inflamatório causado pelo *Helicobacter pylori* adquirido na infância, que leva à atrofia, metaplasia e, posteriormente, ao câncer por volta da 5ª década de vida⁸.

A única terapia que oferece possibilidade de cura para o CGP é a ressecção, que pode ser cirúrgica (gastrectomia total ou subtotal) ou endoscópica, a depender da localização e estadiamento do tumor. A linfadenectomia, cuja extensão é a proposta de reconstrução do trato gastrointestinal

(TGI) são motivos de discussão e divergência das séries ocidentais e orientais⁶.

O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil clinicoepidemiológico dos pacientes com CGP, tratados no Hospital de Referência em Oncologia de Teresina, no período de 2004 a 2009.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo quantitativo realizado por meio de revisão de prontuários. A população de estudo foi composta por todos os pacientes com o diagnóstico histopatológico de CGP no Hospital de Referência em Oncologia de Teresina, Piauí, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009, através de revisão de prontuários físicos e virtuais.

A lista de prontuários foi concedida pela Central de Processamento de Dados (CPD) do hospital que realizou a busca nos bancos de dados a partir das palavras-chave: “câncer”, “gástrico”, “estômago”, “precoce”.

Os dados foram colhidos por meio dos prontuários virtuais disponíveis na intranet local e dos prontuários físicos encontrados e cedidos pelos responsáveis pelo Sistema de Arquivo do hospital. Foram excluídos do registro os dados duplicados, as neoplasias que não eram adenocarcinoma, metástases gástricas de outros tumores, prontuários com dados insuficientes.

As principais variáveis estudadas foram: gênero, idade, escolaridade, ocupação, queixa principal, localização do tumor no estômago, dimensões do tumor, classificação macroscópica, grau de diferenciação, profundidade da invasão, abordagem cirúrgica mais utilizada, tipo de reconstrução utilizada, padrão de linfadenectomia.

O trabalho foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/FACID, com o protocolo de número 547/10, seguindo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No período de 2004 a 2009, foram encontrados 585 casos de câncer de estômago, dos quais, 22 (3,8%) apresentaram diagnóstico confirmado de CGP, gerando uma prevalência média de 3,7 casos/ ano.

A idade variou entre 31 e 81 anos com a média de 59,7 anos de idade. Houve predomínio do sexo masculino com 13 (59%) casos e a ocupação mais citada foi a de agricultor (36,4%). De modo geral, os pacientes que possuíam menor escolaridade foram mais acometidos, sendo o primário incompleto o grau de escolaridade mais cadastrado (Tabela 1).

A queixa mais prevalente entre os pacientes foi a de epigastria (38,5%), três (11,5%) pacientes encontravam-se assintomáticos no momento do diagnóstico; apenas um

(3,9%) caso apresentou hemorragia digestiva; e outro (3,9%) caso de perda ponderal (Tabela 2).

As dimensões médias dos tumores foram de 2,6 x 2,0cm. A região anatômica mais acometida foi o antro com 12 casos (54,5%), seguida do corpo com 7 casos (31,9%) (Tabela 3). A submucosa foi atingida em 14 casos (63,6%) (Tabela 4). O grau de diferenciação mais prevalente foi o G3, pouco diferenciado, com 15 (68,2%) pacientes. Todos os pacientes foram submetidos à gastrectomia e o tipo mais realizado foi a gastrectomia total em 13 (59%) dos pacientes (Tabela 3).

Tabela 1. Características dos pacientes com câncer gástrico precoce, Teresina 2011

Variável	N (%)
Gênero	
Masculino	13 (59%)
Feminino	9 (41%)
Escolaridade	
Analfabeto	4 (18,2%)
Primário completo	4 (18,2%)
Primário incompleto	7 (31,9%)
Ensino médio completo	4 (18,2%)
Ensino médio incompleto	1 (4,5%)
Superior completo	1 (4,5%)
Superior incompleto	1 (4,5%)
Ocupação	
Do lar	3 (13,6%)
Aposentado (a)	4 (18,2%)
Agricultor (a)	8 (36,4%)
Comerciante	3 (13,6%)
Profissional de Saúde	2 (9,1%)
Professor	2 (9,1%)

Tabela 2. Queixas principais registradas nos prontuários dos pacientes com câncer gástrico precoce, Teresina, 2011

Queixas	N (%)
Epigastria	10 (38,5%)
Assintomáticos	3 (11,5%)
Hematêmese/melena	1 (3,9%)
Pirose	2 (7,7%)
Perda ponderal	1 (3,9%)
Náuseas/vômitos	3 (11,5%)
Sem registro	6 (23%)
Total¹	26 (100%)

¹A soma total apresentou um número maior do que os pacientes, pois alguns pacientes apresentavam mais de um sintoma

Houve predomínio dos tipos macroscópicos IIc (deprimido) e o tipo III (escavado), ambos com sete (31,9%) casos; um (4,5 %) caso de pólipos foi registrado na região de cárdia (Tabela 4). Não foi possível caracterizar a reconstrução do trato gastrointestinal mais utilizada, bem como o padrão de linfadenectomia mais utilizado por insuficiência de dados, limitando o estudo.

Tabela 3. Características das neoplasias gástricas precoces e gastrectomia adotada, Teresina, 2011

Variável	N (%)
Localização anatômica	
Antro	12 (54,5%)
Corpo	7 (31,9%)
Cárdia	2 (9,1 %)
Fundo	1 (4,5%)
Profundidade da invasão	
Mucosa	8 (36,4%)
Submucosa	14 (63,6%)
Grau de diferenciação	
G1 bem diferenciado	6 (27,3%)
G2 moderadamente diferenciado	1 (4,5%)
G3 pouco diferenciado	15 (68,2%)
Gastrectomia	
Total	13 (59%)
Subtotal	9 (41%)

Tabela 4. Classificação macroscópica do câncer gástrico precoce, Teresina, 2011

Classificação macroscópica	N (%)
Tipo I (protruso)	3 (13,6 %)
Tipo IIb (plano)	2 (9,1 %)
Tipo IIc (deprimido)	7 (31,9 %)
Tipo III (escavado)	7 (31,9 %)
Tipo IIa + IIc	1 (5%)
Tipo IIb + IIc	1 (5%)
Tipo I (pólipo)	1 (5%)

DISCUSSÃO

A baixa prevalência da porcentagem diagnóstica do CGP em relação todas as neoplasias gástricas, encontrada no estudo, é semelhante a outros estudos brasileiros realizados em hospitais de referência, mostrando que o diagnóstico do CGP é pouco realizado no país de maneira geral. A utilização do rastreamento, como por exemplo no Japão, torna-se inviável no Sistema de Saúde Pública do Brasil, mesmo nos grandes centros, o que torna as estatísticas muito distintas das séries japonesas^{1,7}.

As variáveis epidemiológicas da pesquisa estão de acordo com a literatura. O câncer gástrico acomete mais homens, chegando a uma proporção de 2:1 em alguns trabalhos, geralmente após os 40 anos de idade, com um pico de incidência entre os 50 e 70 anos, e é mais incidente nas classes com mais baixas condições socioeconômicas e de menor escolaridade².

O perfil epidemiológico se justifica pela carcinogênese, os tumores em sua maioria são esporádicos, necessitando de décadas de infecção pelo *Helicobacter pylori* para o desenvolvimento neoplásico e a bactéria é mais prevalente nas camadas mais pobres da sociedade, chegando a uma prevalência de 70% a 90% nos países subdesenvolvidos em áreas de saneamento precário^{2,9}.

A queixa mais comum encontrada nos prontuários foi a epigastralgia, a maioria dos casos de CGP nas fases iniciais é assintomática ou oligossintomática com a epigastralgia indistinguível de uma doença benigna, o que contribui para o menor número de diagnósticos^{1,10}.

A associação de queixas dispépticas com os chamados sinais de alarme, como a hemorragia digestiva, vômitos persistentes, e perda ponderal, encontrados em alguns prontuários, apresenta maior possibilidade da dispepsia ser de causa maligna. Por isso, algumas diretrizes preconizam a endoscopia imediata na presença dos sinais de alarme, principalmente em idade superior aos 55 anos¹⁰.

Conforme o descrito na literatura, o local mais prevalente do tumor foi o antro gástrico, sendo este o sítio preferencial do *Helicobacter pylori*, o que pode explicar a maior prevalência dessa neoplasia nessa região. Atualmente, alguns estudos vêm mostrando uma transição na localização do adenocarcinoma das regiões mais distais para as proximais com características histológicas distintas^{7,9}.

Quanto aos tumores de cárdia, estes apresentam história epidemiológica mais relacionada aos fatores de risco do adenocarcinoma de esôfago do que o adenocarcinoma de cárdia, sendo difícil diferenciar de ambos¹¹. Apesar de a infecção pelo *Helicobacter pylori* ser considerada fator de proteção para o adenocarcinoma de esôfago e, em alguns estudos, para o câncer gástrico de cárdia, um estudo chinês mostrou a associação positiva entre soropositividade do *Helicobacter pylori* e câncer de cárdia, contrariando os estudos ocidentais¹².

A camada mais acometida foi a submucosa e os aspectos macroscópicos mais prevalente foram os tipos IIc e III, achado semelhante em um estudo retrospectivo realizado nos pacientes tratados com CGP no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo da PUC-RS⁷, divergindo de outros estudos nos quais a mucosa apresentou o maior número de casos com o tipo macroscópico IIc+III^{1,6}.

A despeito do grau de diferenciação e classificação histológica serem diferentes nos estudos citados, a taxa de invasão linfonodal foi semelhante, o que sugere que esses fatores não têm correlação direta com o grau de invasão e

seu papel prognóstico na literatura ainda não está definido, sendo a profundidade e dimensões das lesões os principais fatores a serem considerados^{1,6-7}.

A importância do grau de invasão do tumor está na taxa de invasão linfonodal, que é um dos mais importantes fatores prognósticos dos pacientes com CGP. O grau de acometimento varia de 2,6% a 4,8% para tumores restritos à mucosa e 16,5% a 23,6% para tumores na submucosa¹³.

A localização do tumor no estômago define a ressecção gástrica. Naqueles tumores do terço distal e do terço médio que se consiga obter uma margem de segurança de 5cm, opta-se pela realização da gastrectomia subtotal. Nos tumores do terço médio sem a possibilidade de se obter a margem de segurança e nos proximais, utiliza-se a gastrectomia total, acrescentando-se a ressecção do esôfago distal nos tumores de cárdia e fundo. Conforme visto, apesar de a maioria dos tumores no estudo ser de localização antral, a gastrectomia total teve ligeiro predomínio, isso ocorreu porque alguns cirurgiões optaram por uma ressecção mais agressiva em monobloco com esplenectomia^{7,14}.

Grande parte das pesquisas em câncer gástrico trata da extensão da linfadenectomia, assunto em que ainda não foi encontrado um claro consenso. As séries orientais defendem linfadenectomias mais radicais ao passo que os trabalhos ocidentais recomendam linfadenectomias mais restritas, uma vez que as taxas de invasão linfonodal no CGP são consideradas baixas e, por isso, para alguns autores, não se justificam ressecções linfonodais mais agressivas; podendo, inclusive, aumentar a morbidade do procedimento cirúrgico. No trabalho, não foi possível a caracterização do padrão de linfadenectomia e reconstrução, sendo fatores limitantes do estudo¹⁵⁻¹⁶.

CONCLUSÃO

O CGP teve uma incidência de 3,8% no total de todos os cânceres de estômago, sendo mais prevalente no sexo masculino, nos pacientes acima de 50 anos, e de condições socioeconômicas menos favoráveis. A principal queixa foi a epigastralgia. A região mais acometida foi o antro gástrico, e a submucosa foi a camada onde houve maior grau de invasão. Os tipos macroscópicos mais comuns foram o tipo IIc e o III com sete casos cada, e o grau de diferenciação G3 o mais predominante. O principal procedimento terapêutico foi o cirúrgico com a gastrectomia total. Em resumo, o perfil clínicoepidemiológico do CGP encontra-se compatível com os trabalhos brasileiros e de acordo com a literatura ocidental.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Mestre Carlos Renato Sales Bezerra e à Professora Especialista Maria do Carmo Bandeira Marinho, que contribuíram na edição do artigo e da monografia oriunda, compondo da banca examinadora.

CONTRIBUIÇÕES

Jefferson Clerke Lopes Campelo contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa e na redação e revisão crítica. Foi o orientador da pesquisa; Lucas Chaves Lima contribuiu na concepção, execução e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados e na redação e revisão crítica. Foi o pesquisador responsável.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Muraro CLPM. Câncer gástrico precoce: contribuição ao diagnóstico e resultado do tratamento cirúrgico. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2003 [citado 2010 ago 9];30(5):352-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912003000500005&lng=en
- Arregi MMU, Férrer DPC, Assis ECV, Paiva FDS, Sobral LBG, André NF, et al. Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período de 2000-2004. *Rev bras cancerol* [Internet]. 2009 [citado 2010 set 4];55(2):121-8. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v02/pdf/05_artigo2.pdf
- Fonseca LAM, Eluf-Neto J, Wunsch Filho V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [citado 2010 ago 9];56(3):309-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300015&lng=en
- Latorre MRDO. A mortalidade por câncer de estômago no Brasil: análise do período de 1977 a 1989. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1997 [citado 2010 ago 9];13(supl 1):67-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000500007&lng=en
- Oda I, Saito D, Tada M, Iishi H, Tanabe S, Oyama T, et al. A multicenter retrospective study of endoscopic resection for early gastric cancer. *Gastric Cancer* [Internet]. 2006 [cited 2010 Aug 9];9(4):262-70. Available from: <http://www.springerlink.com/content/r00125537tvw7vt2/fulltext.pdf>
- Pinto CE, Sousa Filho O, Correa JHS, Landim FM, Kuroda BR, Oliveira IM. Câncer gástrico precoce: revisão de 47 casos do Instituto Nacional de Câncer nos últimos cinco anos. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2001 [citado 2010 ago 9];28(3):161-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912001000300002&lng=en
- Lucchese IC, Ferreira DK, Copetti FVS, Carvalho FG, Tonento MG. Câncer gástrico precoce: uma doença curável no Brasil. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2008 [citado 2010 ago 9];52(4):309-14. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/52-04/14-288-c%E2%80%90g%E1strico_precoce.pdf
- Fuentes-Pananá E, Camorlinga-Ponce M, Maldonado-Bernal C. Infección, inflamación y cáncer gástrico. *Salud Publ Mex* [Internet]. 2009 [cited 2010 Aug 9];51(5):427-33. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000500010&lng=es
- Espino E A. Infección por *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol latinoam* [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 10];21(2):323-7. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-570035>
- Maconi G, Manes G, Porro GB. Role of symptoms in diagnosis and outcome of gastric cancer. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2008 [cited 2011 Jan 10];14(8):1149-55. Available from: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/14/1149.asp>
- Abnet CC, Freedman ND, Kamangar F, Leitzmann MF, Hollenbeck AR, Schatzkin A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of gastric and oesophageal adenocarcinomas: results from a cohort study and a meta-analysis. *Br J Cancer* [Internet]. 2009 [cited 2011 Jan 10];100(3):551-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658549/?tool=pubmed>
- Wu IC, Wu DC, Yu FJ, Wang JY, Kuo CH, Yang SF, et al. Association between *Helicobacter pylori* seropositivity and digestive tract cancers. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2009 [cited 2011 Jan 10];15(43):5465-71. Available from: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/15/5465.asp>
- Shen L, Huang Y, Sun M, Xu H, Wei W, Wu W. Clinicopathological features associated with lymph node metastasis in early gastric cancer: analysis of a single-institution experience in China. *Can J Gastroenterol* [Internet]. 2009 [cited 2011 Jan 10];23(5):353-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706748/?tool=pubmed>
- Goldfarb M, Brower S, Schwaitzberg SD. Minimally invasive surgery and cancer: controversies part 1. *Surg Endosc* [Internet]. 2010 [cited 2011 Oct 6];24(2):304-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814196/?tool=pubmed>
- Souza FO, Pereira DV, Santos LH, Antunes L, Chiesa J. Gastric cancer patients treated by a general or gastric cancer surgical team: a comparative study. *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2008 [citado 2010 ago 9];45(1):28-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032008000100006&lng=en
- Zhang H, Liu C, Wu D, Meng Y, Song R, Lu P, et al. Does D3 surgery offer a better survival outcome compared to D1 surgery for gastric cancer? A result based on a hospital population of two decades as taking D2 surgery for reference. *BMC Cancer* [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 10];10:308. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/308>

Abstract

Introduction: Early gastric cancer is defined as adenocarcinoma confined to the mucosa or submucosa regardless of lymph node involvement. When diagnosed at this stage, the survival rate at 5 years exceeds 90%. **Objective:** To characterize the clinical and epidemiological profile of patients with early gastric cancer treated in an oncology referral hospital of Teresina in the period from 2004 to 2009. **Method:** A descriptive, retrospective and quantitative study was conducted by reviewing medical records with confirmed cases of early gastric cancer treated at the hospital from 2004 to 2009. **Results:** 22 patients were studied, corresponding to 3.8% of all cases of gastric cancer, 13 of which (59%) were male, whose mean age was 59.7 years. The most common symptom was epigastric pain (n=10, 38.5%). The predominant site was the gastric antrum (n=12, 54%) and the most affected layer was the submucosa (n=14, 63.6%). The the most prevalent degree of differentiation was G3 (n=14, 68.2%). The most recorded macroscopic types were IIc and III in 7 (31%) cases each. The treatment was surgery with total gastrectomy as the most used technique (n=13, 59%). **Conclusion:** Early gastric cancer is rarely diagnosed in the area, and it is a fact observed in Western studies and its profile is to those described in the literature.

Key words: Stomach Neoplasms/epidemiology; Adenocarcinoma; Health Profile; Epidemiology, Descriptive; Retrospective Studies; Teresina City

Resumen

Introducción: El Cáncer gástrico precoz se define como adenocarcinoma limitado a la mucosa o submucosa, independientemente de la afectación de los ganglios linfáticos. Cuando este cáncer es diagnosticado en esta etapa, la tasa de supervivencia en 5 años supera el 90%. **Objetivo:** Caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con cáncer precoz tratados en el hospital de referencia en oncología de Teresina, en el período 2004 a 2009. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo mediante la revisión de expedientes médicos con casos confirmados de cáncer gástrico precoz tratados en el hospital de 2004 a 2009. **Resultados:** Se estudiaron 22 pacientes que correspondían a 3,8% de los casos de cáncer gástrico, 13 (59%) eran hombres, la franja etaria fue de 59,7 años. El síntoma más común fue el dolor epigástrico (n=10, 38,5%). La localización predominante fue el antro gástrico (n=12, el 54%) y la capa más afectada fue la submucosa (n=14, 63,6%). El G3 fue el grado de diferenciación más prevalente (n=14, 68,2%). Los tipos macroscópicos más registrados fueron el IIc y III con 7 (31%) casos cada uno. El tratamiento llevado a cabo fue el quirúrgico, y la gastrectomía total fue la técnica más utilizada (n=13, el 59%). **Conclusión:** El cáncer gástrico precoz es poco diagnosticado y una realidad observada en los estudios occidentales y sigue el perfil semejante a los descritos en la literatura.

Palabras clave: Neoplasias Gástricas/epidemiología; Adenocarcinoma; Perfil de Salud; Epidemiología Descriptiva; Estudios Retrospectivos; Teresina