LEANDRO CARDOSO BARCHI

**O papel da omentectomia na cirurgia do câncer
gástrico**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Ciências em
Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Bruno Zilberstein

**São Paulo
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barchi, Leandro Cardoso

O papel da omentectomia na cirurgia do câncer
gástrico / Leandro Cardoso Barchi. -- São Paulo,
2018.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências em Gastroenterologia.
Orientador: Bruno Zilberstein.

Descritores: 1.Neoplasias gástricas 2.Recidiva
3.Excisão de linfonodo 4.Gastrectomia
5.Adenocarcinoma 6.Omento

USP/FM/DBD-202/18

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

*A minha esposa, meu amor e amiga **Cláudia** e minhas filhas **Noele e Donatella**, que tornam minha vida mais fácil e alegre todos os dias, simplesmente por existirem.*

*A meus pais **Carlos Alberto** e **Vera Helena**, meus irmãos **Marcelo** e **Mayla**, meus cunhados **Vanessa** e **Rogério**, e meus sobrinhos **Rocco**, **Elis** e **Victória**: pelo amor e apoio recebido que me dão forças para superar qualquer desafio na vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao **Criador**, por todas as graças recebidas na vida e por ter me colocado em uma família incrível.

Ao **Professor Doutor Bruno Zilberstein**, notável cirurgião, amigo e mestre, por compartilhar seu imenso conhecimento e por acreditar em mim.

Aos **Professores Doutores Ivan Cecconello, Luiz Augusto Carneiro D’Albuquerque e José Jukemura**, pelas oportunidades recebidas;

Ao **Dr. Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos** pelo compartilhamento e auxílio na coleta dos dados;

Aos amigos do Serviço de Cirurgia de Estômago, Duodeno e Intestino Delgado (SCEID): **Prof. Dr. Fábio Pinatel Lopasso, Prof. Dr. Cláudio José Caldas Bresciani, Prof. Dr. Carlos Eduardo Jacob, Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior, Dr. Donato Roberto Mucerino, Dr. Marcelo Mester, Prof. Dr. Osmar Kenji Yagi, Dr. André Roncon Dias, Dr. Amir Zeide Charruf e Dr. Rodrigo José de Oliveira** pelas experiências e ensinamentos compartilhados;

A **Srta. Cynthia Chiaradia**, enfermeira de pesquisa do SCEID, pela paciência e ajuda na compilação dos dados;

Ao **Dr. Maurice Youssef Franciss** pela parceria e amizade dos últimos anos;

A **Sra. Evelise Pelegrinelli Zaidan** pela orientação e auxílio na aprovação do projeto de pesquisa;

A **TODOS** os funcionários do Departamento de Gastroenterologia da Divisão de Clínica Cirúrgica II da FMUSP, pela ajuda e pelas orientações recebidas;

Ao **Sr. Bernardo dos Santos**, bioestatístico do Serviço de Apoio à Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela ajuda e orientação nas análises estatísticas.

*“... antes de falar, escute. Antes de escrever, pense. Antes de gastar, ganhe.
Antes de orar, perdoe. Antes de magoar, sinta. Antes de odiar, ame. Antes
de desistir, tente. Antes de morrer, viva”.*

William Shakespeare

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO	2
1.1	Câncer gástrico	2
1.2	Cirurgia do câncer gástrico	3
1.3	O grande omento.....	8
1.4	A omentectomia na cirurgia do câncer gástrico.....	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo principal	15
2.2	Objetivos secundários	15
3	PACIENTES E MÉTODOS.....	17
3.1	População do estudo	17
3.1.1	Critérios de inclusão	18
3.1.2	Critérios de exclusão	18
3.2	Técnica operatória.....	19
3.3	Avaliação histopatológica	21
3.4	Coleta dos dados do estudo.....	23
3.4.1	Classificação TNM 7ª Edição (AJCC/UICC)	24
3.5	Análise estatística	26
4	RESULTADOS.....	29
4.1	Idade, gênero e dados antropométricos.....	29
4.2	Dados perioperatórios	29
4.3	Dados anátomo-patológicos	31
4.4	Estadiamento	36
4.5	Recidiva da doença	37
4.6	Acometimento de linfonodo metastático no grande omento	39

4.7	Sobrevivência	50
5	DISCUSSÃO	56
5.1	Racional para omentectomia total	57
5.2	Racional para omentectomia parcial	59
5.3	Análise crítica do envolvimento metastático em linfonodos do grande omento.....	62
6	CONCLUSÕES	71
7	ANEXOS	73
7.1	Anexo A - Estações linfonodais, localização do tumor e tipos de linfadenectomias no câncer gástrico de acordo com a Associação Japonesa do Câncer Gástrico	73
7.2	Anexo B - Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa	74
7.3	Anexo C - Aprovação do projeto na Plataforma Brasil	75
7.4	Anexo D - Aprovação da Comissão de Ética do ICESP	76
7.5	Anexo E - Dados referente aos 284 pacientes selecionados para este estudo.....	77
7.5	Anexo F - Tabelas estatísticas referente aos 284 pacientes selecionados para este estudo	87
8	REFERÊNCIAS.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	antes de Cristo
d.C.	depois de Cristo
CG	Câncer Gástrico
PO	Pós-Operatório
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
TNM	Tumor Linfonodo Metástase
UICC	União Internacional de Combate ao Câncer
AJCC	Comitê Americano de Câncer
SCEID	Serviço de Cirurgia do Estômago e Intestino Delgado
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
LN	Linfonodo
SPJCG	Sociedade de Pesquisa Japonesa para o Câncer Gástrico
AJCG	Associação Japonesa do Câncer Gástrico
OT	Omentectomia Total
OP	Omentectomia Parcial
ICESP	Instituto do Câncer Octávio Frias de Oliveira
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CA	Antígeno Carboidrato
CEA	Antígeno Carcinoembrionário
PET-CT	Tomografia por Emissão de Pósitrons
GIST	Tumor Estromal Gastrointestinal
Q1	Primeiro Quartil
Q3	Terceiro Quartil
GST	Gastrectomia Subtotal
GT	Gastrectomia Total
H&E	Hematoxilina e Eosina

EUA	Estados Unidos da América
DP	Desvio Padrão
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
Kg	Quilograma
m	Metro
cm	Centímetro
RAE	Razão Acometidos/Examinados
EC	Estádio Clínico
OR	<i>Odds Ratio</i> (razão de chance)
IC	Intervalo de Confiança
pTNM	Estadiamento Patológico
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
OMEGA	<i>Omentectomy in Radical Gastrectomy for Gastric Cancer</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linfadenectomia D2 após a gastrectomia total por CG.....	7
Figura 2 - Estrutura do <i>milky spots</i> no omento.....	10
Figura 3 - Espécime de gastrectomia total com esplenectomia e linfadenectomia D2 demonstrando a diferença entre a omentectomia parcial e total	11
Figura 4 - Liberação do grande omento do cólon transversal durante a gastrectomia D2 por adenocarcinoma gástrico por videolaparoscopia	12
Figura 5 - Estações linfonodais removidas na linfadenectomia D2 na gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico.....	20
Figura 6 - Estações linfonodais removidas na linfadenectomia D2 na gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico.....	21
Figura 7 - (A) Espécime cirúrgico da gastrectomia subtotal com as cadeias linfonodais dissecadas. (B) Frascos para análise separada de cada estação linfonodal dissecada	22
Figura 8 - Localização do linfonodo metastático e dos depósitos de células tumorais no grande omento dos cinco pacientes.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tempo de seguimento dos pacientes	19
Tabela 2 - Dados analisados no estudo.....	24
Tabela 3 - Estadiamento final TNM e componentes individuais.....	26
Tabela 4 - Características pessoais dos pacientes da amostra (n=284).....	29
Tabela 5 - Tratamento neoadjuvante nos pacientes da amostra (n=284) ...	30
Tabela 6 - Características das cirurgias realizadas nos pacientes da amostra (n=284)	30
Tabela 7 - Cirurgia com ressecção multivisceral na amostra (n=284)	31
Tabela 8 - Localização dos tumores dos pacientes da amostra (n=284)	32
Tabela 9 - Resultado da análise anatomopatológica quanto aos linfonodos removidos (n=284)	32
Tabela 10 - Resultado da análise anatomopatológica quanto as características dos tumores (n=284)	34
Tabela 11 - Características dos omentos dos pacientes da amostra (n=284)	35
Tabela 12 - Dados sobre os cinco pacientes com metástase linfonodal no omento	36
Tabela 13 - Estadiamento TNM dos pacientes da amostra (n=284)	37
Tabela 14 - Estado atual dos pacientes da amostra (n=284)	38
Tabela 15 - Local da recidiva nos pacientes (n=65)	38
Tabela 16 - Métodos de diagnóstico de recidiva nos pacientes da amostra (n=65)	39
Tabela 17 - Associação entre a presença de LN metastáticos no omento e estadiamento TNM (n=284)	40
Tabela 18 - Comparação entre o tamanho do tumor e a presença de LN metastáticos no omento	43

Tabela 19 - Associação entre a presença de linfonodos metastáticos no omento e análise anatomopatológica	46
Tabela 20 - Associação entre tipo de tratamento e LN metastático no omento	47
Tabela 21 - Associação entre LN metastático no omento e localização do tumor	47
Tabela 22 - Associação entre a presença de linfonodos metastáticos no omento e estado da doença	49
Tabela 23 - Comparação dos resultados entre os três estudos sobre acometimento metastático do grande omento	65

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Proporção de linfonodos positivos no omento conforme parâmetro T ($p=0,081$).....41
- Gráfico 2** - Área sob a curva ROC (0,8072) demonstra que pacientes com LN metastáticos no omento têm tumores de maiores dimensões42
- Gráfico 3** - Proporção de linfonodos positivos no omento e tipo histológico de Lauren ($p=0,290$)43
- Gráfico 4** - Proporção de linfonodos positivos no omento e grau de diferenciação celular ($p=0,098$).....44
- Gráfico 5** - Proporção de linfonodos positivos no omento e classificação de Borrmann ($p=0,837$).....44
- Gráfico 6** - Proporção de linfonodos positivos no omento e presença de metaplasia intestinal ($p=0,552$)45
- Gráfico 7** - Proporção de linfonodos positivos no omento e localização do tumor.....48
- Gráfico 8** - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme parâmetro T. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição).....50
- Gráfico 9** - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme parâmetro N. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição).....51
- Gráfico 10** - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme estágio clínico. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição).....51
- Gráfico 11** - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida livre de doença conforme parâmetro T. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição).....52
- Gráfico 12** - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida livre de doença conforme parâmetro N. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição).....52

Gráfico 13 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida livre de doença conforme estágio clínico. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição).....	53
Gráfico 14 - Curva de sobrevida global (método de Kaplan-Meier) em 284 pacientes que receberam ressecção R0 por CG no SCEID-HCFMUSP (IC95%: 0,511 – 0,679)	53
Gráfico 15 - Risco cumulativo de recorrência (método de Kaplan-Meier) em 284 pacientes que receberam ressecção R0 por CG no SCEID-HCFMUSP (IC95%: 0,321 – 0,489)	54
Gráfico 16 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme estágio clínico e presença de LN metastáticos no grande omento. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio clínico (TNM 7ª edição)	67

RESUMO

Barchi LC. *O papel da omentectomia na cirurgia do câncer gástrico* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

INTRODUÇÃO: Tradicionalmente, a omentectomia total (OT) é realizada juntamente com a ressecção gástrica associada à linfadenectomia na cirurgia do câncer gástrico (CG). No entanto, evidências sólidas em relação ao seu benefício oncológico são escassas. Este estudo foi elaborado para avaliar a incidência de metástases em linfonodos (LN) do grande omento em pacientes submetidos à gastrectomia potencialmente curativa por CG, assim como, avaliar os fatores de risco para a ocorrência de linfonodos metastáticos no grande omento e a evolução dos pacientes. **PACIENTES E MÉTODOS:** Foram avaliados 284 pacientes operados pelo Serviço de Cirurgia de Estômago, Duodeno e Intestino Delgado do HCFMUSP, no período de março de 2009 a abril de 2016, com diagnóstico de adenocarcinoma. Critérios de inclusão: pacientes submetidos a cirurgias potencialmente curativas com ressecção R0, com linfadenectomia a D2 ou D2 modificada conforme preconizado pela Escola Japonesa. Foram excluídos os pacientes que apresentaram doença disseminada ou metástases a distância, mesmo sendo submetidos a ressecções paliativas, assim como, pacientes com invasão macroscópica do grande omento, pacientes com neoplasias sincrônicas ou metacrônicas, neoplasia de coto gástrico, cirurgia com menos de 15 LN ressecados e ausência de tumor na análise anatomopatológica. O tempo de seguimento de todos os pacientes variou entre 1 e 89,5 meses, com mediana de 27,6 meses. O tempo de seguimento mediano dos pacientes livres de doença foi de 34,3 meses (mínimo de 1 e máximo de 89,5). A associação entre o acometimento de LN no omento com variáveis categóricas foram investigadas por testes exatos de Fisher ou teste qui-quadrado e com variáveis numéricas por testes de Wilcoxon-Mann-Whitney. Adotou-se nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** A média de idade foi 61,8 anos ($\pm 11,9$; entre 25 e 86). Dos 284 pacientes, cinco (1,8%) tinham LN metastáticos no grande omento (um: pT3N3bM0; dois: pT4aN3bM0; um: pT4aN2M0 e um pT4bN3bM0). Quatro deles faleceram e um estava sob tratamento paliativo com quimioterapia devido à recidiva da doença. Os LN metastáticos no grande omento tiveram correlação significativa com o tamanho do tumor, no qual se encontrou o ponto de corte de 5,25cm (área sob a curva ROC: 0,8072; IC95%: 0,6645 – 0,9498), estágio N ($p < 0,001$), estágio clínico ($p = 0,022$), invasão venosa ($p = 0,003$), recorrência ($p = 0,006$), local de recorrência (peritônio: $p = 0,008$; fígado: $p = 0,023$; ovário: $p = 0,035$) e óbito ($p = 0,008$). **CONCLUSÃO:** A incidência de LN metastático no grande omento de pacientes submetidos à gastrectomia radical por CG é baixa. A OT pode ser evitada em tumores menores que 5,25 cm e estádios T1/T2.

Entretanto, a presença de metástases linfonodais no grande omento está associada a recidiva no peritônio, fígado, ovário e óbito.

Descritores: neoplasias gástricas; recidiva; excisão de linfonodo; gastrectomia; adenocarcinoma; omento.

ABSTRACT

Barchi LC. *The role of omentectomy in gastric cancer surgery* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

BACKGROUND: Traditionally, total omentectomy is performed along with gastric resection and extended lymphadenectomy in gastric cancer (GC) surgery. However, solid evidences regarding its oncologic benefit still lacks. The aim of this study was to evaluate the incidence of metastatic omental lymph nodes (LN) in patients undergoing potentially curative gastrectomy for GC, as well as its risk factors and patients' outcomes. **PATIENTS AND METHODS:** In order to perform this analysis, 284 patients with adenocarcinoma operated at the Department of Surgery of Stomach, Duodenum and Small Intestine at HCFMUSP from March 2009 to April 2016 were reviewed. Inclusion criteria was: patients who underwent potentially curative R0 surgery with D2 lymphadenectomy as recommended by the Japanese School. Patients with disseminated disease or distant metastases, even if undergoing palliative resections were excluded from the study. As well as patients with macroscopic omental invasion, synchronous or metachronous neoplasms, gastric stump neoplasia, surgery with less than 15 harvested LN and absence of tumor in pathological analysis. The follow-up period of all patients ranged from 1 to 89.5 months, with a median of 27.6 months. The median follow-up period of disease-free patients was 34.3 months (minimum of 1 and maximum of 89.5 months). The association between omental LN involvement with categorical variables was investigated by Fisher's exact tests or chi-square test and numerical variables by Wilcoxon-Mann-Whitney tests. A significance level of 5% was adopted. **RESULTS:** The mean age was 61.8 years ($\pm$ 11.9, range 25 - 86). Of 284 patients included, five (1.8%) patients had metastatic omental LN (one: pT3N3bM0; two: pT4aN3bM0; one: pT4aN2M0 and one pT4bN3bM0). Four of them deceased and one was under palliative chemotherapy due relapse. LN metastases in the greater omentum significantly correlated with tumor's size in which the cut-off found was 5.25cm (area under the ROC curve: 0.8072; IC95%: 0.6645 – 0.9498), N stage ($p < 0.001$), clinical stage ($p = 0.022$), venous growth ($p = 0.003$), recurrence ($p = 0.006$), site of recurrence (peritoneum: $p = 0.008$; liver: $p = 0.023$; ovary: $p = 0.035$) and death ($p = 0.008$). **CONCLUSION:** The incidence of metastatic omental LN of patients undergoing radical gastrectomy due to GC is extremely low and may be avoided in tumors smaller than 5.25cm and T1/T2 tumors. Though, when present is associated with recurrence in peritoneum, liver, ovary and death.

Descriptors: gastric neoplasm; recurrence; lymph node excision; gastrectomy; adenocarcinoma; omentum.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer gástrico

Os primeiros casos de possíveis cânceres gástricos foram relatados em papiro de Ebers escritos em 1600 a.C. e em estudos de Hipócrates relatados por Galeno no século II d.C. em Roma. Entretanto, a história oficial da cirurgia do câncer gástrico (CG) começou em 1879, quando Jules Emile Pean, cirurgião francês, realizou a primeira ressecção gástrica por câncer. Infelizmente, o paciente faleceu no 5º dia pós-operatório (PO). A primeira operação bem-sucedida, uma ressecção subtotal com anastomose gastroduodenal, foi realizada em 22 de janeiro de 1881 por Christian Albert Theodor Billroth em Viena, tendo a paciente sobrevivido por 4 meses. Dezesesseis anos mais tarde, em Zurique, Karl Schlatter realizou, com sucesso, a primeira gastrectomia total e a paciente viveu por 14 meses.¹

No Brasil, a primeira gastrectomia total como tratamento do CG foi realizada pelo Prof. Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho em 1900, sendo o trânsito digestivo reconstruído por meio da anastomose esôfago-duodenal.²

Nos dias de hoje, o câncer, em geral, ocupa posição de destaque dentre as causas de morbimortalidade da população e esta situação agravar-se-á nas próximas décadas, com o aumento da incidência da doença associado ao envelhecimento da população.

Outrora o segundo tipo mais comum de câncer no mundo, atualmente o CG é o quinto, atrás do câncer de pulmão, mama, colorretal e próstata.³ Teve sua incidência diminuída nos últimos 50 anos devido à melhora nas condições básicas de saneamento, uso de refrigeradores e aumento de consumo de alimentos como frutas e vegetais frescos, diminuindo a ingestão de sal, então largamente utilizado como conservante. Outros fatores que contribuíram com esse declínio são a erradicação do *Helicobacter pylori* e o combate ao tabagismo.⁴ Porém, mesmo com a diminuição na incidência, o CG ocupa o

terceiro lugar em mortes por câncer no mundo, superado apenas pelos cânceres de pulmão e fígado.^{5,6} O Japão, a Coreia do Sul, a China, a América Latina (Chile) e a Europa Oriental são os locais com maior incidência da doença. Estima-se que, aproximadamente, um milhão de pessoas morrem anualmente no mundo⁷ e, em 2010, no Brasil, houve cerca de 22.000 mortes causadas pelo câncer de estômago.⁸

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente, representando cerca de 90-95% dos casos. Outras neoplasias malignas do estômago menos comuns são o linfoma (4%), o tumor neuroendócrino (3%) e o tumor gastrointestinal estromal (GIST) (2%).⁹⁻¹²

1.2 Cirurgia do câncer gástrico

Embora a relevância prognóstica do tratamento multimodal tenha sido bem documentada¹³⁻¹⁶, a cirurgia permanece como única possibilidade de cura, principalmente quando associada ao diagnóstico precoce.^{17,18} Exceção se faz quando alguns tumores precoces (restritos às camadas mucosa e submucosa) preenchem critérios e podem ser removidos por meio da endoscopia digestiva alta (EDA).¹⁹⁻²² Em casos nos quais não há possibilidade de cura, o tratamento cirúrgico tem como objetivo tratar eventuais complicações, como hemorragias, obstruções, perfurações ou, ainda, melhorar a qualidade de vida destes pacientes.²³⁻²⁶

A categorização precisa do estágio da doença, incluindo a profundidade de invasão do tumor na parede (T) e o estágio dos linfonodos (N), de acordo com o TNM (Tumor, Linfonodos e Metástases), conforme proposto pelo *American Joint Committee on Cancer* e *Union for International Cancer Control* (AJCC/UICC)²⁷, é fundamental para a tomada de decisão sobre a estratégia terapêutica.²⁸ Sabe-se que o acometimento linfonodal é o principal fator prognóstico após ressecção com potencial curativo (R0). Marrelli *et al.*, analisando 2.048 pacientes operados por CG, reportaram sobrevida de 5 anos relacionada ao câncer para os estádios N0 de 92%, N1 de 63%, N2 de 38%,

N3a de 20% e N3b de 8% ($p<0,001$).²⁹ Resultado semelhante foi obtido em pacientes operados por CG com intenção curativa pelo Serviço de Cirurgia de Estômago, Duodeno e Intestino Delgado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SCEID-HCFMUSP), no qual a sobrevida global de 5 anos para pacientes estádios N0 foi de 91%, N1 de 68%, N2 de 50% e N3 de 27% ($p<0,01$).³⁰

Deste modo, a remoção sistemática dos linfonodos (LN) é considerada crucial na cirurgia do CG e o número de LN como medida direta da qualidade da cirurgia.³¹⁻³⁴ A classificação da AJCC/UICC preconiza análise de, pelo menos, 16 LN para correto estadiamento linfonodal. Alguns estudos demonstraram, estatisticamente, a potencial melhora da linfadenectomia estendida nesse aspecto. Verlato *et al.* constataram que a linfadenectomia limitada (D1, ou seja, menos de 16 LN removidos) está associada ao estadiamento inadequado em 54,4% dos pacientes. Ao contrário, essas taxas diminuíram para 6,2% e 1,4%, respectivamente, em pacientes submetidos a linfadenectomias mais amplas (D2 ou D3), os quais estão associados ao estadiamento adequado da doença na maioria dos casos.³⁵ Em nosso meio, Jacob provou que, em pacientes com CG precoce, existe maior possibilidade de se encontrar LN metastáticos quando 30 ou mais gânglios linfáticos são examinados (18,1% vs. 6,6%; $p=0,02$).³⁶

Este conceito sobre o papel preponderante da linfadenectomia baseia-se em estudos sobre a drenagem linfática do CG publicados por Jinnai *et al.* nas décadas de 50-60, demonstrando que a via linfática é a principal rota de disseminação da doença.^{37,38} A partir destes estudos, a Sociedade de Pesquisa Japonesa para o Câncer Gástrico (SPJCG) publicou a primeira edição das Regras Gerais Para Estudo do Câncer Gástrico em 1973.³⁹ Nesta classificação, dividiu-se os LN regionais do estômago em estações linfáticas de acordo com sua localização. Contudo, foi após a publicação da primeira versão em Inglês, em 1981, que esta classificação foi amplamente aceita e adotada em muitos países.⁴⁰ Em 1997, a SPJCG se transformou na Associação Japonesa de Câncer Gástrico (AJCG), que, desde então, tem

mantido o compromisso de fornecer linguagem comum para a descrição clínica e patológica das alterações relacionadas ao CG.⁴¹

Os LN que drenam os tumores do estômago são divididos em três grupos dependendo da sua proximidade com o estômago. Neste sistema de estações linfonodais, os LN mais próximos ao estômago, perigástricos (estações nos. 1-6), são definidos como grupo 1, ou N1; os LN ao longo da artéria gástrica esquerda (estação n. 7), artéria hepática comum (estação n. 8), tronco celíaco (estação n. 9), artéria esplênica (estação n. 11) e artéria hepática própria (estação n. 12) são definidos como grupo 2, ou N2. Os demais são definidos como LN do grupo N3 e N4. Assim, para a realização da linfadenectomia de acordo com a escola japonesa, esta ressecção linfonodal é definida de acordo com a localização, grau de penetração do tumor na parede gástrica e tipo histológico, considerando-se dissecação linfonodal D1 quando se removem LN do grupo N1 e D2 quando, além dos LN N1, são também removidos os LN do grupo N2.⁴² Esta metodologia para orientação da remoção das cadeias linfonodais baseia-se em resultados de estudos de comprometimento linfonodal em vários tipos de tumor (localização, grau de penetração do tumor na parede gástrica e tipo histológico), associando-o à sobrevivência observada de acordo com o padrão da dissecação (Anexo A).^{43,44}

Recentemente, a nova Classificação Japonesa de Carcinoma Gástrico e Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Estômago, editado pela AJCG, foram publicados para coincidir com o padrão de classificação TNM da AJCC/UICC.^{20,41} Passou-se a considerar o tipo de linfadenectomia dependendo do tipo de gastrectomia a ser realizada (total ou parcial).⁴⁵

Mesmo com inúmeros estudos oriundos do Oriente sobre o real benefício da linfadenectomia D2 na cirurgia do CG⁴⁶⁻⁴⁸, a extensão da linfadenectomia foi motivo de grande debate ao redor do mundo nas últimas décadas, principalmente nos países do Ocidente.

Para esclarecer a relevância prognóstica da linfadenectomia estendida, foram realizados alguns ensaios clínicos randomizados comparando o tipo de

linfadenectomia (D2 vs. D1). Dentre os estudos com maior relevância estatística e amostragens suficientes, estão os estudos holandês e britânico. Estes trabalhos falharam em demonstrar benefício da linfadenectomia D2 devido à alta mortalidade operatória no grupo D2 (9,7% no estudo holandês e 13,5% no estudo britânico), o que refletiu em declínio acentuado da curva de sobrevida deste grupo na fase inicial do seguimento (sobrevida de 5 anos de 45% no grupo D1 vs. 47% do grupo D2 no estudo holandês e 35% do grupo D1 vs. 33% do grupo D2 no estudo britânico).^{49,50} De fato, foi demonstrado que a maior taxa de mortalidade e complicações cirúrgicas com a dissecação D2 estava, principalmente, relacionada à pancreatectomia distal e/ou esplenectomia, que eram incluídas durante a linfadenectomia D2 padrão e consideradas necessárias para dissecação linfonodal adequada.⁵¹⁻⁵⁴

Recentemente, foi comprovado que, durante a gastrectomia total para CG proximal que não invade a grande curvatura do estômago, a esplenectomia deve ser evitada, pois aumenta a morbidade operatória sem melhorar a sobrevida.⁵⁵

Finalmente, o seguimento em longo prazo (15 anos) do estudo holandês revelou que a linfadenectomia D2 esteve associada a menores taxas de recidiva locorregional e mortes relacionadas ao CG quando comparadas à dissecação D1. Ainda, este estudo concluiu que a dissecação D2 poderia ter demonstrado melhora significativa na sobrevivência se a cirurgia e os cuidados pós-operatórios tivessem sido realizados de forma mais adequada.⁵⁶ A Figura 1 ilustra o aspecto final após a gastrectomia total com linfadenectomia D2.

Figura 1 - Linfadenectomia D2 após a gastrectomia total por CG (arquivo do autor)

Deveras, a mortalidade cirúrgica diminuiu consideravelmente na Holanda e no Reino Unido devido ao treinamento cirúrgico e à centralização dos pacientes em hospitais de grande volume.⁵⁷ O principal pesquisador do estudo britânico declarou que os resultados de seu estudo já não são argumentos sustentáveis contra a gastrectomia D2 nos dias de hoje.⁵⁸

À luz de tais evidências e com a experiência cirúrgica adquirida, o ponto de vista ocidental moderno sobre a extensão da linfadenectomia mudou radicalmente, agora em acordo internacional: ***recomenda-se a linfadenectomia D2 como padrão do tratamento cirúrgico do CG com intenção curativa.***

1.3 O grande omento

A palavra omento deriva do Egito antigo onde, ao embalsamarem corpos humanos, os egípcios costumavam avaliar seus "presságios" (*omens*), observando as variações que reconhecemos, hoje, como o omento.⁵⁹ O grande epíplon ou grande omento é um avental de tecido mesentérico livre na cavidade abdominal formado propriamente na 7ª/8ª semana de gestação a partir do mesogástrio dorsal, quando o tecido omental primitivo pode ser distinguido do estômago.⁶⁰

A partir da grande curvatura gástrica, ele cruza o cólon transversal, no qual está conectado e se posiciona diante das vísceras, podendo chegar até a sínfise púbica. A superfície anterior faceia a parede abdominal, isto é, o peritônio parietal; a superfície posterior encontra o peritônio visceral. A origem da borda omental varia entre os indivíduos. No lado direito, pode se originar na região pilórica, no duodeno, na superfície anterior do pâncreas ou no cólon ascendente, formando o ligamento hepatogástrico e o tecido adiposo da vesícula biliar. No lado esquerdo, estende-se ao fundo gástrico e, em alguns casos, até o esôfago intra-abdominal, formando o ligamento esplenogástrico. Este ligamento conecta o baço à parede abdominal posterior. O ligamento gastrocólico é a porção entre o estômago e o cólon. Na porção dorsal deste tecido, está a bursa omental. Essa pequena cavidade se comunica com a cavidade peritoneal principal através do forame de Winslow.⁶⁰

A área de superfície do grande omento varia de 300 a 1500 cm² e as dimensões variam de 14 a 36 cm de comprimento e de 20 a 46 cm de largura. É composto por uma estrutura do tecido conjuntivo trabecular que contém artérias, veias, vasos linfáticos e coxins de tecido adiposo. Entre as trabéculas, encontram-se membranas mesoteliais transparentes, nas quais se encontram células mesoteliais e tecido conectivo. Este estroma pode conter fibroblastos dispersos, fibrócitos, pericitos, depósitos de células de gordura e tecidos linfoides (*milky spots*).⁶⁰

A vascularização arterial é feita pelas artérias gastroepiploicas direita e esquerda. Ambas recebem o suprimento de sangue do tronco celíaco (à

esquerda, pela artéria esplênica, e, à direita, pela artéria gastroduodenal. Cinco a 13 artérias epiploicas são originárias da artéria gastroepiploica direita e apenas um vaso principal da artéria gastroepiploica esquerda. A drenagem venosa do omento é paralela às artérias e drena no sistema portal.⁶¹ Os vasos linfáticos formam uma rede interligada e delicada. Eles se originam como saculações endoteliais (40-60µm) dentro dos *milky spots* ou como uma rede de canais endoteliais (20 a 30µm) dentro do estroma omental. Eles convergem para formar canais de coleta que contêm válvulas, mas não aumentam muito seu calibre. Estes canais desembocam, à direita, nos LN infrapilóricos (estação n.6) e, à esquerda, nos LN esplênicos (estação n.10). No entanto, LN verdadeiros parecem estar ausentes dentro do omento.⁶⁰

Os *milky spots* são encontrados nas cavidades peritoneal, pleural e pericárdica. Porém, é, no grande omento, o local com maior concentração.⁶² Surgem entre a 20ª e 35ª semana de gestação, estando bem desenvolvidos no nascimento. Atingem seu número máximo no final do primeiro ano de vida e diminuem conforme a idade.⁶³

São constituídos por células mesenquimais cobertas por uma camada de mesotélio. O mesotélio envolvente contém macrófagos (70%), linfócitos B (10%), Linfócitos T (10%) e mastócitos. Cada *milky spot* pode conter até 600 células. Os macrófagos, geralmente, estão localizados na borda dos *milky spots* e os linfócitos no meio. Os capilares linfáticos nos *milky spots* do omento participam da absorção de várias substâncias da cavidade peritoneal. Ainda, atuam como a primeira linha de defesa na cavidade peritoneal e, portanto, são importantes para o sistema imune (Figura 2). Esta composição celular facilita a fagocitose, e o processamento de antígenos circulantes e corpos estranhos que emanam da cavidade peritoneal. Qualquer irritação intra-abdominal (por exemplo: lesão mecânica ou lesão por produto químico, partículas ou microrganismos) transformam os *milky spots* inativos em ativos. Neste processo, o número e o tamanho dos *milky spots* aumentam drasticamente e alguns desenvolvem centros germinativos dentro dos folículos linfáticos, produzindo anticorpos. Ainda, devido ao peristaltismo das alças intestinais e do movimento do diafragma, associados à posição adotada pelo organismo,

o omento se move passivamente e atua, também, como tecido de proteção, reduzindo a aderência intestinal.⁶³⁻⁶⁷

Figura 2 - - Estrutura do *milky spots* no omento. **A)** Esquema do omento em camundongos. O omento é uma fina tira de gordura (amarela) coberta por uma camada de células mesoteliais (verde). *Milky spots* (azul) estão localizadas logo abaixo da camada mesotelial incorporada entre os adipócitos. **B)** *Milky spots* são conjuntos de leucócitos soltos embutidos entre os adipócitos (amarelo) logo abaixo da camada mesotelial (verde). As células B (azul) formam um conglomerado central, enquanto que os macrófagos (castanho) e células dendríticas (verde claro) tendem a se acumular em torno da parte externa dos *milky spots*. Também são encontradas individualmente ao longo do omento. As células T (círculos verdes) e ILCs (laranja) podem estar misturadas com as células B ou podem se agrupar em torno de vasos sanguíneos.

Fonte: Adaptado de Meza-Perez e Randall.⁶⁷

1.4 A omentectomia na cirurgia do câncer gástrico

Durante a gastrectomia por CG, quando a linfadenectomia D2 é realizada de maneira ordinária, o grande omento (incluindo a bolsa omental)

é removido em bloco junto com os LN. Isto significa que a OT faz parte da cirurgia radical do CG. Acredita-se que a OT seja essencial para assegurar a eliminação de células cancerígenas durante a cirurgia do CG avançado.^{68,69} Contudo, a remoção completa do peritônio da cavidade abdominal é teoricamente impossível. Portanto, o efeito da omentectomia sobre a prevenção de recidiva peritoneal pode ser limitado.

De acordo com as diretrizes japonesas de tratamento do CG, a omentectomia parcial (OP), ou seja, preservação do omento até 3 cm da arcada gastroepiploica pode ser realizada em casos de tumores estádios T1/T2 (invadem até a camada muscular própria). A OT é o procedimento padrão para tumores T3 (atingem a camada subserosa) ou tumores com maior grau de invasão (Figura 3).²¹

Figura 3 – Espécime de gastrectomia total com esplenectomia e linfadenectomia D2 demonstrando a diferença entre a omentectomia parcial e total (cortesia do Dr. André Roncon Dias).

Nos últimos anos, inúmeros estudos comparando a gastrectomia laparoscópica com a gastrectomia convencional comprovaram a não inferioridade do método minimamente invasivo. Dessa forma, a gastrectomia laparoscópica passou a ser opção terapêutica no tratamento do câncer gástrico precoce.^{21,70-73} Estudos estão em andamento para confirmar a eficácia da laparoscopia nas formas mais avançadas da doença.^{74,75,76}

A dissecação do grande omento através do plano avascular com contração adequada do cólon transversal pode levar à OT de forma rápida e satisfatória durante cirurgia convencional. Entretanto, a ressecção completa do grande omento durante a gastrectomia laparoscópica demanda grande tempo cirúrgico e esforço, principalmente em pacientes que possuam algum grau de obesidade visceral (Figura 4).^{75,77} Ademais, aumenta o risco de lesão de órgãos adjacentes, particularmente o baço e mesocólon com prejuízo à irrigação do cólon.⁷⁸⁻⁸⁰ Assim, as vantagens técnicas da preservação do omento podem ser ainda maiores na cirurgia laparoscópica do que na cirurgia aberta. Estudos retrospectivos demonstraram que a cirurgia com preservação do omento para CG pode não afetar a sobrevida do paciente.^{78,79,81}

Figura 4 – Liberação do grande omento do cólon transversal durante a gastrectomia D2 por adenocarcinoma gástrico por videolaparoscopia (arquivo do autor)

Isto posto, existe a possibilidade de não haver comprometimento linfonodal no grande omento de pacientes operados com intenção curativa por CG. Como em todos os casos, a OT faz parte do tratamento cirúrgico radical do CG; caso não haja a presença de LN metastáticos pela doença neste tecido, esta parte do procedimento poderia ser evitada, principalmente na cirurgia laparoscópica, diminuindo o tempo cirúrgico e evitando complicações.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Avaliar a necessidade da realização da omentectomia total nos pacientes submetidos à gastrectomia com linfadenectomia D2 e/ou D2 modificada por câncer gástrico pelo SCEID-HCFMUSP.

2.2 Objetivos secundários

- Avaliar a incidência de linfonodos metastáticos no grande omento neste grupo de pacientes;
- Analisar os fatores de risco para a ocorrência de linfonodos metastáticos no grande omento;
- Analisar a evolução clínica deste grupo de pacientes.

3 PACIENTES E MÉTODOS

3 PACIENTES E MÉTODOS

3.1 População do estudo

Trata-se de estudo retrospectivo no qual foram selecionados 346 prontuários de pacientes com diagnóstico de CG operados com intenção curativa no Instituto Central e no Instituto do Câncer Octávio Frias de Oliveira (ICESP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pelo SCEID-HCFMUSP, no período entre 13 de março de 2009 e 24 de março de 2016. Neste estudo, considerou-se CG como sinônimo de adenocarcinoma.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP, em 06 de abril de 2016, sob o número 898/16 (Anexos B, C e D).

Em todos os pacientes, houve estadiamento completo clínico pré-operatório por meio de endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsias, tomografia computadorizada do tórax e abdome, ultrassonografia de abdome, e oncomarcadores (CEA, CA19.9). Os mesmos exames foram usados para seguimento pós-operatório a cada três meses no primeiro ano, a cada seis meses no segundo ano e, anualmente, até o quinto ano. PET-CT e cintilografia óssea foram usados apenas em casos selecionados. O diagnóstico de recidiva foi estabelecido baseado em exames de imagem ou por meio de biópsia intraoperatória em casos de reoperações. O tipo de recidiva foi classificado como peritoneal, locorregional (linfonodal ou na anastomose) e a distância (fígado, ovário, pulmão, osso e outros).

O período de seguimento (dia do primeiro retorno ao ambulatório após a alta hospitalar até o óbito ou até o último contato) deste grupo de pacientes foi encerrado em 30 de abril de 2017.

3.1.1 Critérios de inclusão

- Pacientes com 18 anos ou mais e diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, submetidos à gastrectomia total ou subtotal com linfadenectomia D2/D2 modificada conforme preconizado pela Escola Japonesa²¹ e ressecção R0, ou seja, sem evidência de tumor residual macroscópico no intraoperatório e confirmação de margens cirúrgicas livres na análise microscópica.

3.1.2 Critérios de exclusão

- Pacientes com presença de metástases sistêmicas, mesmo se removidas durante a cirurgia;
- Pacientes com invasão macroscópica evidente do grande omento;
- Presença de outras neoplasias sincrônicas ou metacrônicas;
- Neoplasia de Coto Gástrico;
- Cirurgias com menos de 15 (quinze) linfonodos ressecados;
- Pacientes submetidos à gastrectomia por neoplasias diferentes do adenocarcinoma (por exemplo: tumor neuroendócrino, tumor estromal, linfoma, etc.).

Do total de 346 pacientes, foram excluídos 62 (17,9%) que não se adequaram aos critérios de inclusão/exclusão do estudo: 26 (41,9%) por terem sido submetidos à degastrectomia, 12 (19,7%) não tinham adenocarcinoma (a análise histopatológica revelou se tratar de GIST e tumor neuroendócrino), oito (13,1%) tiveram menos de 15 LN ressecados na cirurgia, sete (11,4%) não tiveram tumor encontrado na análise anatomopatológica, cinco (8,2%) apresentaram invasão direta do omento, três (4,9%) tinham metástase a distância (M1) e um (1,6%) tinha tumor sincrônico (neoplasia de cólon). Após as exclusões, a amostra do estudo foi composta por 284 pacientes.

O tempo de seguimento de todos os pacientes variou entre 1 e 89,5 meses, com mediana de 27,6 meses. O tempo de seguimento mediano dos pacientes livres de doença foi de 34,3 meses (mínimo de 1 e máximo de 89,5) (Tabela 1). Considerou-se perda de seguimento os pacientes que estavam sem retorno ambulatorial por um período maior que um ano após a data da última consulta.

Tabela 1 - Tempo de seguimento dos pacientes

Tempo de seguimento dos pacientes com, pelo menos, uma avaliação após a alta (meses)	
mediana (Q1; Q3)	27,6 (13,8; 42,3)
mínimo – máximo	1 – 89,5
número de pacientes	268
Tempo de seguimento dos pacientes sem evidência de doença (meses)	
mediana (Q1; Q3)	34,3 (18,9; 51,1)
mínimo – máximo	1 – 89,5
número de pacientes	163

Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil

3.2 Técnica operatória

A localização dos tumores foi dividida em porção distal (antro), médio (corpo), proximal (fundo e transição esofagogástrica) e difuso (linite plástica). Para maioria dos tumores localizados nos terços médio e distal, preferiu-se a gastrectomia subtotal (GST), definida pela ressecção parcial do órgão. Para todos os tumores proximais, difusos e alguns localizados nos terços médios e distais, realizou-se a gastrectomia total (GT) quando todo o estômago era ressecado. Optou-se pela realização da GT nos casos de tumores distais por se tratarem de tumores avançados (T3/T4) comprometendo o corpo gástrico nos quais a margem de segurança implicava ressecção total do estômago.

Todos os pacientes incluídos neste estudo receberam linfadenectomia D2 ou D2 modificada conforme preconizado pela AJCG.^{20,21} Em todos, a

reconstrução do trato digestivo foi feita por meio da derivação gastrojejunal ou esôfago-jejunal em Y de Roux.

A extensão da linfadenectomia D2 obedeceu ao tipo de gastrectomia empregada. As Figuras 5 e 6 retratam as cadeias que foram retiradas em cada tipo de operação. A via de acesso para realização do procedimento cirúrgico variou entre o acesso laparotômico, laparoscópico, videoassistido e robótico.

Figura 5 – Estações linfonodais removidas na linfadenectomia D2 na gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico (cortesia do Prof. Dr. Carlos Eduardo Jacob).^{19,73}

Figura 6 – Estações linfonodais removidas na linfadenectomia D2 na gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico (cortesia do Prof. Dr. Carlos Eduardo Jacob).^{19,73}

3.3 Avaliação histopatológica

Rotineiramente, ao término de cada operação, o espécime cirúrgico é preparado por um membro da equipe cirúrgica. As estações linfonodais e o grande omento são identificados e separados (Figura 7A). São enviados em frascos separados para análise histopatológica, conforme demonstrado na Figura 7B. O Estômago é aberto pela grande curvatura para avaliação macroscópica das margens cirúrgicas.

Figura 7 (A) Espécime cirúrgico da gastrectomia subtotal com as cadeias linfonodais dissecadas (cortesia do Dr. André Roncon Dias).⁸³ **(B)** Frascos para análise separada de cada estação linfonodal dissecada (cortesia do Dr. Marcus Fernanda Kodama Pertille Ramos).

Os materiais são recebidos em recipientes adequados, fixados em formalina tamponada 10% por 24 a 48 horas, sendo, posteriormente, analisados conforme a rotina da Divisão de Anatomia Patológica do HCFMUSP, seguindo o protocolo proposto pelo *College of American Pathologists*.⁸⁴

A lesão tumoral é descrita de forma a caracterizar a dimensão, a localização (antro, corpo ou fundo; pequena curvatura, grande curvatura, circunferencial, parede anterior, parede posterior), a classificação de Borrmann⁸⁵ e as margens de ressecção.

Todo o material é minuciosamente avaliado macroscopicamente, particularmente em busca por implantes. Por meio da visualização, palpação e secção, as estações linfonodais e o grande omento são dissecados em busca de LN. Quando encontrados, são descritos quanto ao número, tamanho e aspecto macroscópico externo e aos cortes. Os LN maiores do que 0,6 cm são fatiados e representados isoladamente em um cassete. Os demais LN são representados inteiros juntos em um cassete. Se visualizada área

suspeita de implante, esta área é descrita e representada. Se não for visualizada alteração, são realizados cerca de três a cinco cortes representativos do material.

As lâminas são coradas pelo método da hematoxilina e eosina (H&E); e avaliadas pelo patologista em microscópio óptico convencional, sendo determinadas as seguintes variáveis patológicas:

- Grau de diferenciação celular (G1: bem diferenciado; G2: moderadamente indiferenciado; G3: indiferenciado)⁸⁶;
- Tipo histológico de Lauren (Difuso, Intestinal ou Misto)⁸⁷;
- Ausência ou presença de: infiltração perineural, invasão venosa e invasão linfática⁸⁸;
- Presença ou não de metaplasia intestinal⁸⁹;
- Classificação TNM 7ª Edição (UICC/AJCC)⁴⁵.

3.4 Coleta dos dados do estudo

Os dados dos pacientes foram coletados retrospectivamente pelo autor e armazenados em banco de dados do tipo Excel® (Microsoft®, EUA). Uma vez definida a população a ser estudada, procedeu-se a revisão dos prontuários médicos no Setor de Arquivo Médico do Instituto Central, no sistema Tasy do ICESP e no banco de dados do SCEID-HCFMUSP, para conferência dos dados previamente recolhidos.

Igualmente, foram analisados os registros da Divisão de Anatomia Patológica do Instituto Central e do ICESP para confirmação dos dados anatomopatológicos empregados na presente pesquisa.

De posse das variáveis listadas na Tabela 2, procederam-se as correlações clínico-patológicas com a presença de LN metastáticos no grande omento.

Tabela 2 - Dados analisados no estudo

Gênero	Número de LN Removidos
Idade (anos)	Número de LN Acometidos
Peso (Kg)	Razão LN Acometidos/Examinados (RAE)
Altura (m)	Dimensão do Grande Omento (cm ³)
Índice de Massa Corpórea (Kg/m ²)	LN no Grande Omento
Tipo de Gastrectomia	LN metastáticos no Grande Omento
Localização do Tumor	Estadiamento TNM 7 ^a edição
Tamanho do tumor	Tempo de Seguimento (meses)
Classificação de Borrmann	Recidiva
Tipo histológico de Lauren	Localização de Recidiva
Grau de Diferenciação Celular	Tempo da Recidiva (meses)
Invasão Perineural, venosa e Linfática	Sobrevida Livre de Doença (meses)
Metaplasia intestinal	Sobrevida Global (meses)

Kg: quilograma; m: metro; cm: centímetro

3.4.1 Classificação TNM 7^a Edição (AJCC/UICC)

O estadiamento do CG foi realizado seguindo-se as regras da UICC (União Internacional de Combate ao Câncer) e AJCC (Comitê Americano de Câncer) (Tabela 2). Atualmente, a AJCC segue a mesma classificação.^{21,45}

Em relação ao parâmetro T (nível de penetração do tumor na parede gástrica), a classificação utilizada é:

- Tx: tumor primário não pode ser avaliado;
- T0: nenhuma evidência de tumor primário;
- Tis: carcinoma *in situ*: tumor intraepitelial sem invasão da lâmina própria;
- T1: tumor invade lâmina própria ou camada muscular mucosa ou submucosa;
- T1a: tumor invade lâmina própria ou muscular da mucosa;
- T1b: tumor invade camada submucosa;
- T2: tumor invade camada muscular própria;

- T3: tumor penetra no tecido conjuntivo subseroso sem invasão do peritônio visceral ou estruturas adjacentes. Tumores T3 também incluem aqueles que se estendem para os ligamentos gastrocólicos, gastro-hepáticos, ou omentos maior e menor, sem perfuração do peritônio visceral que recobre estas estruturas;
- T4: tumor invade camada serosa (peritônio visceral) ou estruturas adjacentes;
- T4a: tumor invade camada serosa (peritônio visceral);
- T4b: tumor invade estruturas adjacentes, tais como baço, cólon transversal, fígado, diafragma, pâncreas, parede abdominal, glândula suprarrenal, rim, intestino delgado, e retroperitônio.

A classificação do acometimento dos linfonodos (N) obedeceu à proposta da AJCC/UICC de 2010:

- Nx: linfonodos regionais não podem ser avaliados;
- N0: sem metástases em linfonodos regionais;
- N1: metástase em 1 a 2 nódulos linfáticos regionais;
- N2: metástase em 3 a 6 nódulos linfáticos regionais;
- N3: metástase em 7 ou mais linfonodos regionais;
- N3a: de 8 a 15 linfonodos acometidos;
- N3b: 16 ou mais linfonodos acometidos.

Com o estadiamento clínico e por meio de métodos de imagem realizados no período pré-operatório, além dos achados intraoperatórios e do resultado da análise anatomopatológica, obteve-se o parâmetro M da classificação TNM proposta pela AJCC/UICC. Os possíveis resultados são:

- Mx: metástase a distância não pode ser avaliada
- M0: sem metástases a distância;
- M1: metástases a distância.

A combinação dos parâmetros T, N e M permite a classificação dos pacientes segundo o estadiamento da UICC/AJCC. A Tabela 3 demonstra a 7ª edição proposta para a classificação do câncer gástrico.

Tabela 3 -Estadiamento final TNM e componentes individuais

TNM / UICC		N0	N1	N2	N3a	N3b	NX
		0	1-2	3-6	7-15	+16	M1
T1	T1a Mucosa, T1b submucosa	IA	IB	IIA	IIB	IIB	IV
T2	Muscularis propria	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIA	
T3	Subserosa	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIB	
T4a	Serosa	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IIIC	
T4b	Estrutura adjacente	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	IIIC	
Tx	M1	IV					

FONTE: Traduzido e adaptado do Manual de Estadiamento de Câncer da AJCC 7ª edição.⁴⁵

3.5 Análise estatística

As variáveis numéricas foram descritas por média e desvio padrão (DP) ou mediana e quartis, valores mínimos e máximos, e as categóricas por frequências absolutas e relativas.

A associação entre o acometimento de LN no omento com variáveis categóricas foram investigadas por testes exatos de Fisher ou teste qui-quadrado e com variáveis numéricas por testes de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Para determinação do ponto de corte dos tamanhos do tumor e do grande omento, foram construídas curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*).

Foram utilizadas curvas de Kaplan-Meier para estimar a sobrevida global, sobrevida livre de doença e risco cumulativo de recorrência.

As análises foram realizadas pelo *software* SPSS® versão 18, adotando-se o nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Idade, gênero e dados antropométricos

Os dados referentes à idade, ao gênero, ao peso, à altura e ao índice de massa corpórea (IMC) estão listados na Tabela 4.

Entre os 284 pacientes incluídos nesta tese, observamos que 159 (55,9%) pacientes eram do sexo masculino, com média de idade de 61,8 anos ($\pm 11,9$), variando entre 25 e 86 anos. O IMC dos pacientes variou entre 14 e 46,5 kg/m², com média de 24,6 kg/m² ($\pm 4,7$ kg/m²).

Tabela 4 -Características pessoais dos pacientes da amostra (n=284)

Sexo	
Feminino	125 (44,1%)
Masculino	159 (55,9%)
Idade (anos)	
média (dp)	61,8 (11,9)
mínimo – máximo	25,7 – 86,2
Peso (kg)	
média (dp)	63,8 (13,4)
	34,0 –
mínimo – máximo	118,0
Altura (m)	
média (dp)	1,61 (0,09)
mínimo – máximo	1,41 – 1,85
Índice de massa corpórea (kg/m ²)	
média (dp)	24,6 (4,7)
mínimo – máximo	14,0 – 46,5
dp: desvio padrão	

4.2 Dados perioperatórios

Nessa amostra, 40 (14,1%) pacientes receberam tratamento neoadjuvante (Tabela 5).

Tabela 5 - Tratamento neoadjuvante nos pacientes da amostra (n=284)

Não	244 (85,9%)
Sim	40 (14,1%)

Os dados referentes ao tratamento cirúrgico estão descritos na Tabela 6. A cirurgia realizada por via convencional foi feita em 253 (89,1%) pacientes e, em 266 (93,6%), o tipo de linfadenectomia foi D2. A GST foi realizada em 182 (64,1%) pacientes.

A mortalidade intra-hospitalar (até 30 dias de PO) ocorreu em 9 (3,1%) pacientes. A mortalidade até 90 dias de PO ocorreu em 16 (5,6%) dos pacientes.

Tabela 6 - Características das cirurgias realizadas nos pacientes da amostra (n=284)

Via	
Convencional	253 (89,1%)
Laparoscopia	16 (5,6%)
Robótica	7 (2,5%)
Videoassistida	8 (2,8%)
Definição linfadenectomia	
D2	266 (93,7%)
D2-	3 (1,1%)
D2+	14 (4,9%)
D3	1 (0,4%)
Tipo	
Subtotal	182 (64,1%)
Total	102 (35,9%)

A ressecção do folheto anterior de mesocólon foi realizada em 165 (58,1%) pacientes e a ressecção da cápsula de pâncreas em 151 (53,1%). A cirurgia com ressecção multivisceral ocorreu em 36 (12,6%) dos casos e está resumida na Tabela 7.

Tabela 7 - Cirurgia com ressecção multivisceral na amostra (n=284)

Mesocólon – folheto anterior	
Não	90 (31,6%)
Incompleta	29 (10,2%)
Sim	165 (58,1%)
Cápsula pâncreas	
Não	96 (33,8%)
Incompleta	37 (13,0%)
Sim	151 (53,1%)
Baço oncológico	
Não	270 (95,1%)
Sim	14 (4,9%)
Baço táctico	
Não	282 (99,2%)
Sim	2 (0,8%)
Fígado	
Não	281 (98,9%)
Sim	3 (1,1%)
Cólon	
Não	278 (97,8%)
Sim	6 (2,2%)
Pâncreas	
Não	274 (96,4%)
Sim	10 (3,6%)
Diafragma	
Não	283 (99,6%)
Sim	1 (0,4%)

4.3 Dados anátomo-patológicos

Avaliados quanto à localização do tumor, em 185 (65,2%) pacientes, o tumor localizou-se na porção distal, em 55 (19,3%), no terço médio, em 38 (13,3%), no terço proximal e, em 6 (2,1%) pacientes, a localização foi difusa (Tabela 8).

Tabela 8 -Localização dos tumores dos pacientes da amostra (n=284)

Pequena curvatura	176 (61,9%)
Grande curvatura	118 (41,5%)
Parede posterior	121 (42,6%)
Parede anterior	153 (53,8%)
Circunferencial	46 (16,1%)
Localização (porção)	
Difuso (linite plástica)	6 (2,1%)
Distal	185 (65,2%)
Medial	55 (19,3%)
Proximal	38 (13,3%)

A mediana de LN ressecados de todos os pacientes foi 39 (mínimo de 15 e máximo de 114), enquanto que a mediana de LN positivos foi 1 (mínimo de 0 e máximo de 53). A mediana da razão entre LN acometidos e examinados (RAE) foi 0,026 (mínimo de 0 e máximo de 100) (Tabela 9).

Tabela 9 -Resultado da análise anatomopatológica quanto aos linfonodos removidos (n=284)

Número total de LN acometidos	
Média	4,69 ($\pm 8,12$)
mediana (Q1; Q3)	1 (0; 5)
mínimo – máximo	0 – 53
Número total de LN examinados	
média	41,2 (± 17)
mediana (Q1; Q3)	39 (29; 49)
mínimo – máximo	15 – 114
RAE (LN acometidos/examinados)	
Média	0,113 ($\pm 0,447$)
mediana (Q1; Q3)	0,026 (0; 15,0)
mínimo – máximo	0 – 100

$\pm$: Desvio padrão; Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil

A análise do estudo anatomopatológico dos pacientes está resumida na Tabela 10. O tipo histológico difuso de Lauren ocorreu em 108 (38%) pacientes, tipo intestinal em 146 (51,4%) e tipo misto em 30 (10,5%).

Quanto ao grau histológico, 22 (7,7%) eram bem diferenciados (G1), 116 (40,8%) moderadamente diferenciados (G2) e 146 (51,4%) pouco diferenciados (G3).

O tamanho dos tumores variou entre 0,5 e 14,5 cm, com metade dos pacientes apresentando tumores de até 4,3 cm (primeiro quartil = 2,5 cm e terceiro quartil = 6,0 cm).

Pela classificação de Borrmann, 10 (3,5%) pacientes não foram classificados, 28 (9,8%) eram do tipo 1, 55 (19,3%) do tipo 2, 135 (47,5%), do tipo 3 e 56 (19,7%), do tipo 4.

A presença de invasão linfática do tumor ocorreu em 143 (50,3%) pacientes, invasão venosa, em 48 (16,9%), invasão perineural, em 140 (49,2%) e metaplasia intestinal, em 133 (46,8%).

Tabela 10 - Resultado da análise anatomopatológica quanto as características dos tumores (n=284)

Tipo histológico de Lauren	
Difuso	108 (38%)
Intestinal	146 (51,4%)
Misto	30 (10,5%)
Diferenciação celular	
G1: Bem diferenciado	22 (7,7%)
G2: Moderadamente diferenciado	116 (40,8%)
G3: Pouco diferenciado	146 (51,4%)
Tamanho do tumor (cm)	
mediana (Q1; Q3)	4,3 (2,5; 6,0)
mínimo – máximo	0,5 – 14,5
Borrmann	
Não classificado	10 (3,5%)
1	28 (9,8%)
2	55 (19,3%)
3	135 (47,5%)
4	56 (19,7%)
Invasão linfática	
Indeterminado	1 (0,4%)
Não	140 (49,2%)
Sim	143 (50,3%)
Invasão venosa	
Indeterminado	1 (0,4%)
Não	236 (82,8%)
Sim	48 (16,9%)
Invasão perineural	
Indeterminado	1 (0,4%)
Não	144 (50,5%)
Sim	140 (49,2%)
Metaplasia intestinal	
Não	151 (53,0%)
Sim	133 (46,8%)

Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil

Foram coletados os dados de características do grande omento dos pacientes (Tabela 11). Calculou-se o volume do omento multiplicando as medidas de comprimento, largura e espessura. O volume variou entre 11,5 cm³ e 9.195,8 cm³, com mediana de 731,3 cm³ (primeiro quartil: 270 cm³; terceiro quartil: 1474 cm³). Observou-se que, em 66 (23,2%) pacientes, foram

encontrados entre um e seis LN no grande omento. Em cinco (1,8%) pacientes da amostra, foram encontrados LN acometidos, sendo dois (0,7%) pacientes com um linfonodo, dois (0,7%) pacientes com dois LN e um paciente (0,4%) paciente com três LN acometidos. Os dados sobre os cinco pacientes com LN metastáticos no grande omento estão resumidos na Tabela 12.

Tabela 11 - Características dos omentos dos pacientes da amostra (n=284)

Número de linfonodos dissecados	
0	218 (76,7%)
1	28 (9,8%)
2	19 (6,7%)
3	11 (3,9%)
4	5 (1,8%)
5	2 (0,7%)
6	1 (0,4%)
Número de linfonodos acometidos	
0	279 (98,3%)
1	2 (0,7%)
2	2 (0,7%)
3	1 (0,3%)
Omento acometido	
Não	279 (98,3%)
Sim	5 (1,7%)
Comprimento	
mediana (Q1; Q3)	25,0 (19,0; 38,3)
mínimo – máximo	6,0 – 73,0
Largura	
mediana (Q1; Q3)	12,5 (9,0; 16,5)
mínimo – máximo	0,5 – 35,0
Espessura	
mediana (Q1; Q3)	2,5 (1,4; 4,0)
Volume (cm ³)	
mediana (Q1; Q3)	731,3 (270; 1474)
mínimo – máximo	11,5 – 9195,8

Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil

Tabela 12 - Dados sobre os cinco pacientes com metástase linfonodal no omento

Idade (anos)	37	81	57	72	57
Sexo	M	F	F	F	F
IMC (kg/m ²)	19,6	30,8	23,1	18,2	39
Estádio (p)T	T4a	T4a	T4b	T4a	T3
Estádio (p)N	N3b	N3b	N3b	N2	N3b
Estádio clínico	IIIC	IIIC	IIIC	IIIB	IIIB
Neoadjuvância	Não	Sim	Não	Não	Não
Tipo de gastrectomia	Total	Subtotal	Total	Subtotal	Subtotal
Tamanho do tumor (cm)	11	5,3	9	10	3
Borrmann	IV	III	IV	II	III
Localização	Proximal	Distal	Proximal	Distal	Distal
Classificação Lauren	Difuso	Misto	Difuso	Intestinal	Difuso
Invasão venosa	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Invasão perineural	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Invasão linfática	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Metaplasia intestinal	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Grau de diferenciação	G3	G3	G3	G3	G1
Nº de LN	31	95	79	41	52
Nº de LN positivos	27	27	67	5	16
Nº de LN no omento	3	4	2	2	1
Nº de LN metastáticos no omento	2	3	2	1	1
Recidiva	Distância	Peritôneo	ND	Peritôneo/ Distância	Distância
Desfecho	Óbito	Óbito	Óbito	Óbito	Em Tratamento

4.4 Estadiamento

Os pacientes foram classificados conforme preconiza a UICC/AJCC (7ª edição) (Tabela 13). Quanto ao grau de invasão do tumor na parede gástrica (T), observamos que, em 80 (28,1%) pacientes, eram tumores precoces, ou seja, 33 (11,6%) estágio T1a e 47 (16,5%) estágio T1b. Trinta e seis (12,6%) foram estágio T2, 94 (33%) T3, 65 (22,8%), T4a e 10 (3,5%), T4b.

Quanto ao número de LN metastáticos (N), observamos 122 (42,9%) pacientes N0, 39 (13,7%), N1, 60 (21,1%), N2, 36 (12,6%), N3a e 27 (9,5%), N3b.

Avaliados quanto ao estadiamento clínico (EC), 68 (23,9%) pacientes eram estágio IA, 26 (9,3%) estágio IB, 39 (13,8%) estágio IIA, 24 (8,4%), IIB, 48 (16,8%), IIIA, 41 (14,4%), IIIB e 38 (13,3%), IIIC.

Tabela 13 - Estadiamento TNM dos pacientes da amostra (n=284)

T	
T1a	33 (11,6%)
T1b	47 (16,5%)
T2	36 (12,6%)
T3	94 (33,0%)
T4a	65 (22,8%)
T4b	10 (3,5%)
N	
N0	122 (42,9%)
N1	39 (13,7%)
N2	60 (21,1%)
N3a	36 (12,6%)
N3b	27 (9,5%)
EC	
IA	68 (23,9%)
IB	26 (9,3%)
IIA	39 (13,8%)
IIB	24 (8,4%)
IIIA	48 (16,8%)
IIIB	41 (14,4%)
IIIC	38 (13,3%)

4.5 Recidiva da doença

Avaliados quanto ao estado atual da doença no último contato com os pacientes, 163 (57,4%) estavam sem evidência de doença. O óbito ocorreu

em 82 (28,9%) pacientes. A recidiva da doença foi diagnosticada em 65 (22,8%) pacientes durante o período de coleta de dados do estudo. Nestes pacientes que apresentaram recorrência da doença, 15 (5,3%) estavam vivos em tratamento. A perda de seguimento ocorreu em 24 (8,5%) pacientes (Tabela 14).

Tabela 14 - Estado atual dos pacientes da amostra (n=284)

Estado atual da doença	
Sem evidência de doença	163 (57,4%)
Recidiva em tratamento	15 (5,3%)
Perda de seguimento	24 (8,5%)
Óbito	82 (28,8%)
Recidiva	
Não	163 (57,4%)
Sim	65 (22,8%)

Entre os pacientes nos quais a recidiva foi diagnosticada, o local mais frequente foi no peritônio, tendo ocorrido em 30 (46,2%) pacientes. Em 28 (43,1%) pacientes, a recidiva foi locorregional e a recidiva a distância ocorreu em 22 (33,9%) (Tabela 15).

Tabela 15 - Local da recidiva nos pacientes (n=65)

Local de Recidiva	
Peritônio	30 (46,2%)
Locorregional	28 (43,1%)
Anastomose	2 (3,1%)
Linfonodal	25 (38,5%)
Distância	22 (33,9%)
Fígado	15 (23,1%)
Pulmão	3 (4,6%)
Ovário	2 (3,1%)
Ósseo	2 (3,1%)
Outros*	4 (6,2%)

*pleura e cérebro

A presença de recidiva foi diagnosticada com maior frequência por meio da tomografia computadorizada, tendo ocorrido em 55 (84,6%). Por ressonância magnética em um (1,5%) paciente, por EDA em 2 (3,1%), por meio da ultrassonografia em três (4,6%) e por nova cirurgia em seis (9,2%) pacientes (Tabela 16).

Tabela 16 - Métodos de diagnóstico de recidiva nos pacientes da amostra (n=65)

Métodos de Diagnóstico de Recidiva		
Ressonância magnética	1 (1,5%)	
Endoscopia	2 (3,1%)	
Tomografia computadorizada	55 (84,6)	p=0,003*
Ultrassonografia	3 (4,6%)	
Cirurgia	6 (9,2%)	

*Teste exato de Fisher

4.6 Acometimento de linfonodo metastático no grande omento

Na Tabela 17, demonstram-se as avaliações de associações entre a presença de LN metastáticos no omento e o estadiamento TNM. Pacientes com tumores estágio T1 e T2 foram agrupados e comparados com pacientes estágio T3 e T4. Dos 116 pacientes classificados como estádios T1/T2, não foram encontrados LN acometido no grande omento, ao passo que, dos 163 pacientes estádios T3/T4, 5 (3%) pacientes apresentaram LN metastáticos no omento (um T3; três T4a e um T4b). A associação entre a presença de LN metastáticos no omento e estágio T não apresentou significância estatística [OR 7,12 (IC95% 0,39 – 131,5); $p=0,081$] (Gráfico 1).

Há evidências de associação entre a presença de LN metastáticos no omento e estágio N ($p<0,001$) e estadiamento clínico ($p=0,022$). No grupo de pacientes com a presença de LN metastáticos no omento, encontramos maior proporção de pacientes estágio N3b (80,0% vs. 8,2%) e maior proporção de pacientes estágio IIIC (60,0% vs. 12,5%).

Tabela 17 - Associação entre a presença de LN metastáticos no omento e estadiamento TNM (n=284)

Estadiamento	LN metastático no omento		Comparações
	Não (n=279)	Sim (n=5)	
T			
T1/T2	116 (41,6%)	0 (0,0%)	$p=0,081$
T3/T4	163 (58,4%)	5 (100%)	
N			
N0	123 (43,9%)	0 (0,0%)	$p<0,001$
N1	39 (13,9%)	0 (0,0%)	
N2	59 (21,1%)	1 (20,0%)	
N3a	36 (12,9%)	0 (0,0%)	
N3b	23 (8,2%)	4 (80,0%)	
EC			
IA	68 (24,3%)	0 (0,0%)	$p=0,022$
IB	26 (9,3%)	0 (0,0%)	
IIA	39 (14%)	0 (0,0%)	
IIB	24 (8,6%)	0 (0,0%)	
IIIA	48 (17,1%)	0 (0,0%)	
IIIB	39 (13,9%)	2 (40,0%)	
IIIC	35 (12,5%)	3 (60,0%)	

 p : Teste exato de Fisher

Gráfico 1 - Proporção de linfonodos positivos no omento conforme parâmetro T ($p=0,081$)

Na tentativa de encontrar ponto de corte para o tamanho do tumor e tamanho do omento que discriminassem os casos de presença de LN metastáticos no omento, foram construídas curvas ROC. Observou-se valor baixo de área sob a curva para tamanho do omento (área sob a curva ROC: 0,628; IC95%: 0,319 - 0,938), mostrando baixo desempenho discriminatório. Dessa forma, foi investigada a associação da presença de LN metastáticos no omento com a medida numérica do tamanho do omento, não sendo encontrada evidência estatisticamente significativa de associação com o tamanho do omento ($p=0,331$).

Em relação ao tamanho do tumor com a presença de LN metastáticos no omento, encontrou-se o ponto de corte de 5,25cm (área sob a curva ROC: 0,8072; IC95%: 0,6645-0,9498) (Gráfico 2). A média do tamanho dos tumores dos pacientes sem LN metastáticos no omento foi de 4,8 cm ($\pm 2,96$ variando entre 0,5-14,5), enquanto que a média do tamanho dos tumores dos pacientes

com LN metastáticos no omento foi de 8,06 cm ($\pm 2,75$ variando entre 2,75-9,0; $p=0,018$) (Tabela 18).

Gráfico 2 - Área sob a curva ROC (0,8072) demonstra que pacientes com LN metastáticos no omento têm tumores de maiores dimensões

Área sob a curva ROC: 0.8072 (IC95%: 0.6645-0.9498)	
Ponto de corte: 5.25	
Especificidade	65,2%
Sensibilidade	80,0%
Valor preditivo negativo	99,4%
Valor preditivo positivo	3,96%
Precisão	65,4%

Tabela 18 - Comparação entre o tamanho do tumor e a presença de LN metastáticos no omento

LN acometido s	Tamanho (cm)						<i>p</i> *
	N	Média	DP	Mediana	Min	Max	
Não	279	4,80	2,96	4,20	0,5	14,5	0,018
Sim	5	8,06	2,75	9,00	5	11	

*Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney

Não foram encontradas evidências estatisticamente significantes de associação entre a classificação de Lauren ($p=0,290$) (Gráfico 3), grau de diferenciação celular [OR 1,92 (IC95%: 0,26 – 28,38); $p=0,098$] (Gráfico 4), classificação de Borrmann ($p=0,837$) (Gráfico 5), presença de invasão linfática ($p=0,060$), invasão perineural ($p=0,211$) e presença de metaplasia intestinal ($p=0,552$) (Tabela 19) (Gráfico 6).

Encontrou-se evidência de associação entre o acometimento de LN no omento e a presença de invasão venosa ($p=0,003$) (Tabela 19).

Gráfico 3 - Proporção de linfonodos positivos no omento e tipo histológico de Lauren ($p=0,290$)

Gráfico 4 - Proporção de linfonodos positivos no omento e grau de diferenciação celular ($p=0,098$)

Gráfico 5 - Proporção de linfonodos positivos no omento e classificação de Borrmann ($p=0,837$)

Gráfico 6 - Proporção de linfonodos positivos no omento e presença de metaplasia intestinal ($p=0,552$)

Tabela 19 - Associação entre a presença de linfonodos metastáticos no omento e análise anatomopatológica

Resultados anatomopatológicos	LN metastático no omento (%)		Comparações
	Não (n=279)	Sim (n=5)	
Tipo histológico de Lauren			
Difuso	105 (37,6)	3 (60)	$p_1=0,290$
Intestinal	145 (52)	1 (20)	
Misto	29 (10,4)	1 (20)	
Diferenciação celular			
G1: Bem diferenciado	21 (7,5)	1 (20)	$p_1=0,098$
G2: Moderadamente diferenciado	116 (41,6)	0 (0)	
G3: Pouco diferenciado	142 (50,9)	4 (80)	
Invasão Linfática			
Sim	138 (49,5)	5 (100)	$p_1=0,060$
Não	140 (50,5)	0 (0)	
Invasão Venosa			
Sim	44 (15,8)	4 (80)	$p_1=0,003$
Não	234 (82,2)	1 (20)	
Invasão Perineural			
Sim	136 (48,7)	4 (80)	$p_1=0,211$
Não	142 (51,3)	1 (20)	
Borrmann*			
1	28 (10)	0 (0)	$p_1=0,837$
2	54 (19,3)	1 (20)	
3	133 (47,7)	2 (40)	
4	54 (19,3)	2 (40)	
Número de pacientes	269	5	
Metaplasia intestinal			
Sim	130 (46,6)	3 (60)	$p_3= 0,552$
Não	149 (53,4)	2 (40)	
Volume do omento (cm ³)			
Mediana	720	1087,5	$p_2=0,331$
(Q1; Q3)	(270; 1463)	(595; 3811)	
Mínimo – máximo	11,5 – 6075,0	57,6 – 9195,8	

*dez pacientes sem a presença de linfonodos metastáticos no omento não foram classificados quanto ao tipo de Borrmann

p_1 : Teste exato de Fisher; p_2 : Teste de Mann-Whitney; p_3 : teste do qui-quadrado

Não foram encontradas associações entre a presença de LN metastáticos no omento com tipo de cirurgia e com tratamento neoadjuvante ($p>0,999$ e $p=0,543$, respectivamente) (Tabela 20).

Tabela 20 - Associação entre tipo de tratamento e LN metastático no omento

	LN metastático no omento		Comparações
	Não (n=279)	Sim (n=5)	
Tratamento neoadjuvante			
Não	240 (86%)	4 (80,0%)	$p=0,543$
Sim	39 (14%)	1 (20,0%)	
Tipo de Cirurgia			
Subtotal	179 (64,1%)	3 (60,0%)	$p>0,999$
Total	100 (35,9%)	2 (40,0%)	

p : Teste exato de Fisher

Foram avaliadas as associações entre a presença de LN metastáticos no omento e a localização do tumor, não havendo evidências de associação entre estas duas variáveis (Tabela 21) (Gráfico 7).

Tabela 21 - Associação entre LN metastático no omento e localização do tumor

Localização	Omento acometido		Comparações
	Não (n=279)	Sim (n=5)	
Pequena curvatura			
Não	107 (38,4%)	1 (20,0%)	$p=0,652$
Sim	172 (61,6%)	4 (80,0%)	
Grande curvatura			
Não	163 (58,4%)	3 (60,0%)	$p>0,999$
Sim	116 (41,6%)	2 (40,0%)	
Parede posterior			
Não	160 (57,3%)	3 (60,0%)	$p>0,999$
Sim	119 (42,7%)	2 (40,0%)	
Parede anterior			
Não	128 (45,9%)	3 (60,0%)	$p=0,665$
Sim	151 (54,1%)	2 (40,0%)	
Circunferencial			
Não	233 (83,5%)	5 (100,0%)	$p>0,999$
Sim	46 (16,5%)	0 (0,0%)	
Localização (porção)			
Difuso (linite plástica)	6 (2,1%)	0 (0,0%)	$p=0,279$
Distal	182 (65,2%)	3 (60,0%)	
Médio	55 (19,7%)	0 (0,0%)	
Proximal	36 (12,9%)	2 (40,0%)	

p : Teste exato de Fisher

Gráfico 7 - Proporção de linfonodos positivos no omento e localização do tumor

Os pacientes que não apresentaram recidiva da doença antes da perda de seguimento ou nos quais este dado estava indisponível foram removidos desta amostra. Para esta análise, permaneceram 228 pacientes.

Foram encontradas evidências de associação entre a presença de LN metastáticos no omento com a ocorrência ($p=0,006$) e local de recidiva (peritônio: $p=0,008$; fígado: $p=0,023$ e ovário: $p=0,035$). Ainda há evidências de associação entre a presença de LN metastáticos no omento e óbito ($p=0,008$) (Tabela 22).

Tabela 22 - Associação entre a presença de linfonodos metastáticos no omento e estado da doença

Estado da doença	Omento acometido		Comparações
	Não (n=224)	Sim (n=4)*	
Recidiva			
Não	163 (72,8)	0 (0)	$p=0,006$
Sim	59 (27,2)	4 (100)	
Recidiva em peritônio			
Não	197 (87,9)	1 (25)	$p=0,008$
Sim	27 (12,1)	3 (75)	
Recidiva locorregional			
Não	196 (87,5)	4 (100)	$p>0,999$
Sim	28 (12,5)	0 (0)	
Anastomose			
Não	222 (99,1)	4 (100)	$p>0,999$
Sim	2 (0,9)	0 (0)	
Linfonodal			
Não	199 (88,8)	4 (100)	$p>0,999$
Sim	25 (11,2)	0 (0)	
Recidiva a distância			
Não	205 (91,5)	1 (25)	$p=0,003$
Sim	19 (8,5)	3 (75)	
Fígado			
Não	211 (94,2)	2 (50)	$p=0,023$
Sim	13 (5,8)	2 (50)	
Pulmão			
Não	222 (99,1)	3 (75)	$p=0,052$
Sim	2 (0,9)	1 (25)	
Ovário			
Não	223 (99,5)	3 (75)	$p=0,035$
Sim	1 (0,5)	1 (25)	
Ósseo			
Não	222 (99,1)	4 (100)	$p>0,999$
Sim	2 (0,9)	0 (0)	
Outros**			
Não	221 (98,7)	3 (75)	$p=0,069$
Sim	3 (1,3)	1 (25)	
Desfecho			
Livre de doença	163 (72,7)	0(0)	$p=0,008$
Recidiva em tratamento	14 (6,3)	1 (25)	
Óbito	78 (34,8)	4 (75)	
Perda de seguimento	24 (10,7)	0 (0)	

p : Teste exato de Fisher; (%). *Nota: Em um paciente com linfonodo acometido no omento, a causa do óbito é desconhecida e, portanto, não pode ser atribuída a recidiva da doença;

** : pleura e cérebro

4.7 Sobrevida

As sobrevidas global e livre de doença foram estimadas por meio de curvas de Kaplan-Meier considerando os estádios T, N e clínico (Gráficos 8 a 14). Pelo mesmo método, foi estimado o risco cumulativo de recorrência (Gráfico 15).

Gráfico 8 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme parâmetro T. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição)

Gráfico 9 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme parâmetro N. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição)

Gráfico 10 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme estágio clínico. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição)

Gráfico 11 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida livre de doença conforme parâmetro T. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição)

Gráfico 12 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida livre de doença conforme parâmetro N. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição)

Gráfico 13 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida livre de doença conforme estágio clínico. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio (TNM 7ª edição)

Gráfico 14 - Curva de sobrevida global (método de Kaplan-Meier) em 284 pacientes que receberam ressecção R0 por CG no SCEID-HCFMUSP (IC95%: 0,511 – 0,679)

Gráfico 15 - Risco cumulativo de recorrência (método de Kaplan-Meier) em 284 pacientes que receberam ressecção R0 por CG no SCEID-HCFMUSP (IC95%: 0,321 – 0,489)

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O CG é moléstia com prognóstico reservado em sua maioria. Isto se deve pela agressividade desta enfermidade e, principalmente, pelo diagnóstico tardio. A variedade de sintomas gastrointestinais não específicos pode, facilmente, mimetizar condições benignas, como o refluxo gastroesofágico, a dispepsia funcional ou a úlcera péptica. Consequentemente, os sintomas do CG são, muitas vezes, ignorados pelo médico e pelo próprio paciente. Soma-se a esta situação a dificuldade do acesso a exames diagnósticos, como, por exemplo, a EDA.

O acometimento de células tumorais nos gânglios linfáticos que drenam o estômago é fator prognóstico relevante bem conhecido para pacientes portadores de CG.⁹⁰⁻⁹² Ademais, sabe-se que o envolvimento linfonodal por metástases está relacionado com o grau de penetração do tumor na parede gástrica e das características biológicas do próprio tumor, como o tipo histológico de Lauren, o grau de diferenciação celular, a invasão vascular/perineural, a ploidia de DNA^{93,94}, a instabilidade microssatélite, entre outros.⁹⁵⁻⁹⁷

Apesar dos grandes avanços da terapia multimodal no tratamento do CG nos últimos anos que levaram ao aumento dos índices de sobrevida^{13-15,98}, a gastrectomia com margens livres associada à linfadenectomia adequada (R0) continua sendo componente crucial na terapia do CG operável com propósito curativo. Outrora questionada, a linfadenectomia estendida (D2) proporciona melhor controle locorregional da doença, permite estadiamento clínico acurado e evita o fenômeno “*stage migration*”. Além disso, o tratamento cirúrgico acarreta melhor sobrevida global em longo prazo.^{56,58,99,100}

Tradicionalmente, a OT é realizada em pacientes com CG como parte da GST/GT associado à linfadenectomia. A remoção completa do grande omento tem sido considerada essencial para garantir a eliminação de micrometástases durante a cirurgia radical do CG.^{68,69,79} Conquanto, não há

consenso quanto ao valor oncológico da omentectomia no tratamento cirúrgico do CG entre as diretrizes Europeia, Americana e Japonesa. A diretriz Europeia não fornece nenhuma orientação sobre este assunto^{101,102}, ao passo que a diretriz Americana recomenda a ressecção do grande e pequeno omento.¹⁰³ Alternativamente, a AJCG orienta a preservação do omento a 3cm distal dos vasos gastroepiploicos em pacientes com tumores T1/T2 e a OT nos tumores T3/T4.²¹ Não se discute seu papel nos casos em que haja suspeita ou evidente invasão do grande omento. Entretanto, o impacto da OT desnecessária pode ser considerável.

5.1 Racional para omentectomia total

Embora o grande omento seja conhecido por desempenhar papel na defesa peritoneal ao aderir a sítios de inflamação e por meio do combate a bactérias e corpos estranhos, é local comum de recidiva e semeadura primária de neoplasias malignas abdominais.¹⁰⁴ Além disso, vários estudos experimentais relataram que células cancerosas semeadas na cavidade peritoneal crescem, preferencialmente, no omento, especificamente nos *milky spots*.¹⁰⁴⁻¹⁰⁶ A distribuição multifocal está de acordo com a compreensão atual sobre a drenagem linfática do omento por meio dos *milky spots*, que estão presentes em todo o grande omento. Estes são locais de macrófagos e linfócitos localizados em torno de complexos capilares que drenam o líquido peritoneal nos LN infrapilóricos.^{65,107}

A realização da omentectomia facilita a execução da bursectomia. Historicamente, a bursectomia, que remove toda bursa omental, incluindo o folheto anterior do mesocólon transverso, bem como, a cápsula anterior do corpo do pâncreas, além da OT, foi advogada para o controle local profilático. O raciocínio teórico para a realização da bursectomia é reduzir o risco de recorrência peritoneal, removendo o peritônio, que poderia conter micrometástases. Em estudo prospectivo randomizado publicado por Fujita *et al.* comparando a realização da bursectomia com a não realização, as taxas

de sobrevida global de 3 anos foram 85,6% no grupo com bursectomia e 79,6% no grupo sem bursectomia. A taxa de risco para a morte sem bursectomia foi de 1,44 (IC95%: 0,79-2,61; $p=0,443$ para não inferioridade). Entre os 48 pacientes com acometimento de camada serosa (pT3-T4), a sobrevida de 3 anos foi de 69,8% para o grupo com bursectomia e 50,2% para o grupo sem bursectomia, conferindo razão de risco para morte de 2,16 (IC 95%: 0,89-5,22; $p=0,791$ para não inferioridade). Pacientes no grupo sem bursectomia apresentaram mais recorrência peritoneal do que o grupo com bursectomia (13,2 vs. 8,7%).¹⁰⁸ A análise interina deste e de outros estudos sugerem que a bursectomia pode melhorar a sobrevivência e não deve ser abandonada até a obtenção de dados mais definitivos.^{108,109} Por outro lado, a bursectomia profilática não é realizada rotineiramente, porque vários outros estudos não relataram efeitos sobre a sobrevivência global em pacientes com CG.^{110,111} Recentemente, foram publicados os resultados preliminares do ensaio clínico randomizado comparando a bursectomia com apenas a omentectomia (JCOG1001). Este estudo demonstrou não haver diferença na sobrevida entre os dois grupos.¹¹² Desta forma, as diretrizes da AJCG recomendam a bursectomia apenas para tumores que envolvam a camada serosa da parede gástrica posterior e sugere evitar a bursectomia em tumores que não acometam esta camada.²¹

Muitos pesquisadores insistem que a expansão extranodal ocorre em alguns gânglios metastáticos, o que significa que células cancerosas se espalham da cápsula do LN para o tecido adiposo adjacente.¹¹³ Esta pode ser mais uma razão para a realização da OT no CG.

Além do mais, deixar parte do omento após a gastrectomia pode causar infarto omental. Pacientes com infarto agudo do omento, comumente, se apresentam com dor abdominal localizada, náuseas, vômitos, anorexia, diarreia e febre. Estes sintomas mimetizam sintomas de complicações pós-cirúrgicas, gerando incertezas quanto à evolução pós-operatória. De fato, estudo radiológico mostrou infarto omental em tomografia computadorizada pós-operatória em 9/390 (2,3%) pacientes submetidos à gastrectomia laparoscópica com OP por CG T1/T2. Ainda assim, esses infartos foram

resolvidos ao longo do tempo em todos os pacientes, não havendo consequências clínicas. Além disso, a diferenciação radiológica entre infarto omental e metástase omental (carcinomatose) pode ser difícil. Nesta série relatada, houve um caso de metástase omental que, inicialmente, pensou se tratar de infarto, o que, certamente, retardou o tratamento subsequente.¹¹⁴

5.2 Racional para omentectomia parcial

O grande omento é a maior dobra peritoneal e contém zonas com concentrações elevadas de células do sistema imunológico que podem contribuir para a remoção de corpos estranhos e bactérias.¹¹⁵ Ainda, atua como tecido de proteção proporcionando defesa contra processos inflamatórios.^{60,66,116} Com sua remoção cirúrgica, os pacientes ficam mais vulneráveis a infecções peritoneais, as quais, frequentemente, estão associadas à pior evolução clínica.^{63,67}

Aditivamente, ele reduz a possibilidade de aderências intestinais, não apenas por criar uma barreira mecânica por meio da interposição de alças intestinais e da parede abdominal, mas, também, devido à produção de fatores fibrinolíticos pelas células mesenquimais.¹¹⁷

A realização da OT aumenta o tempo operatório (principalmente no acesso minimamente invasivo) e está associada à maior perda sanguínea e ao aumento do risco de complicações como abscesso abdominal, ascite, fístula de anastomose, íleo, infecção de ferida e lesões inadvertidas de mesocólon e cólon.^{78-80,118,119} Ha *et al.* publicaram estudo retrospectivo com 1.116 pacientes submetidos à gastrectomia por CG entre 2004 e 2006. Destes, 992 pacientes receberam a omentectomia tradicional, enquanto que 124 pacientes tiveram a preservação parcial do omento. Não houve diferença estatística em relação a complicações precoces entre os grupos com a OT e OP (3,5% vs. 3,2%). Entretanto, complicações tardias (ocorridas entre 30-60 dias após a cirurgia) foram menos frequentes no grupo com preservação do

omento (3,5% vs. 0%; $p= 0,026$). Não houve diferença em relação à sobrevida.⁸⁰

Outros estudos mostraram não haver diferenças entre a OP e OT na cirurgia radical do CG quanto à sobrevida.^{79,82,118} Em estudo retrospectivo de 196 pacientes com CG avançado submetidos à cirurgia com intenção curativa publicado em 2013 por Hasegawa *et al.*, não houve diferença na sobrevida livre de doença de 3 e 5 anos entre o grupo que recebeu a OT e o grupo no qual o omento foi preservado (72,9% e 66,2% vs. 76,7% e 67,3%; $p=0,750$). Ainda, nenhuma diferença foi encontrada quanto ao local da recorrência ($p=0,863$) e quanto à sobrevida ($p=0,055$).⁸² Resultados semelhantes foram encontrados por Fujita *et al.* e Watanabe *et al.* Eles demonstraram que os resultados em longo prazo não foram diferentes entre os grupos, enquanto que a incidência de complicações foi maior no grupo em que a OT foi realizada.^{120,121}

Do ponto de vista cirúrgico, umas das principais evoluções no tratamento do CG foi o emprego da cirurgia minimamente invasiva. O desenvolvimento tecnológico, associado à experiência adquirida com esta via de acesso, permitiu o crescimento de seu emprego, inclusive em cirurgias complexas, como a gastrectomia com linfadenectomia estendida. Inúmeros estudos comprovaram a eficácia e a segurança do acesso minimamente invasivo, com diminuição das taxas de complicação, quando comparadas a cirurgia convencional. Ainda, estes estudos confirmaram a não inferioridade deste método quanto aos resultados oncológicos.^{70,72,73,122,123}

Durante a gastrectomia laparoscópica para CG, a OT tem sido questão problemática para os cirurgiões. Isto porque manter a linha de dissecação por meio do plano avascular e dividir o tecido omental do mesocólon não é fácil, particularmente em pacientes com IMC elevado. Kunisaki *et al.* demonstraram que IMC maior ou a 25 kg/m² e gordura visceral maior ou igual a 100 cm³ em homens estão relacionados a maior risco de complicações e à maior taxa de conversão para cirurgia convencional em pacientes submetidos à gastrectomia laparoscópica por CG.¹²⁴ Nesta tese, a média do IMC dos pacientes foi de 24,6 kg/m² (14,0-46,5), com 131 (46,1%) pacientes com IMC

maior que 25 kg/m². Apenas 31 (10,8%) pacientes receberam a gastrectomia minimamente invasiva. Caso este acesso fosse utilizado com maior frequência, o que provavelmente ocorrerá no futuro, a realização da OT seria desafiadora em muitos destes casos, inclusive com possível aumento no risco de complicações perioperatórias.

Kim *et al.* compararam a OT com a OP em pacientes operados por laparoscopia por CG avançado (invasão de camada serosa negativa). Os 146 pacientes foram divididos em dois grupos (OT: 80 e OP: 66 pacientes). Houve mais pacientes estágio T3 no grupo da OT (65% $p=0,011$). O tempo médio para a OP foi significativamente menor ($35,1 \pm 13,0$ min) do que para a OT ($50,9 \pm 15,3$ min; $p<0,001$). Houve duas complicações relacionadas à omentectomia no grupo OT, incluindo lesões do baço e mesocólon, que requereram esplenectomia e colectomia parcial. A recorrência ocorreu em 14 casos (17,5%) e 5 (7,6%) no grupo OT e OP, respectivamente ($p=0,054$). A análise por pareamento (parâmetros T e N) não mostrou diferença entre os grupos quanto à sobrevida livre de doença (OT *versus* OP: 83,3% vs. 90,5%; $p=0,442$). Os autores deste estudo concluíram que a OP pode ser oncológica e segura durante a gastrectomia laparoscópica para o CG avançado sem invasão da camada serosa.¹²⁵

Dados sobre se metástases no omento podem ser detectadas em maior razão com a realização da OT são escassas na literatura. Em estudo publicado por Turan *et al.*, as micrometástases no omento foram detectadas cinco vezes mais frequentemente com OT quando comparadas à OP no tratamento do câncer de endométrio (11,3% vs. 2,1%; $p<0,001$).¹²⁶ Todavia, mesmo que a OT pudesse aferir maior proporção de detecção de micrometástases no omento, talvez esta demonstração não condissesse com o cenário real. A limitação da análise anatomopatológica é o motivo. O volume mediano dos omentos encontrado neste estudo foi 731,3 cm³ (mínimo de 11,5 e máximo de 9.195,8). A detecção de uma metástase de 1 mm nestes espécimes cirúrgicos necessitaria de mais de 700 cortes no exame patológico, e isso seria praticamente impossível na prática clínica. Portanto, a OT não resolveria o problema da detecção de micrometástases no omento.

5.3 Análise crítica do envolvimento metastático em linfonodos do grande omento

Apesar de haver alguns estudos na literatura comparando os resultados a curto/longo prazo, complicações, recidiva e sobrevida entre a OT e OP em pacientes submetidos à gastrectomia por CG, estudos específicos sobre a presença de LN metastáticos no grande omento são exíguos.

Haverkamp *et al.* realizaram estudo prospectivo para determinar o valor oncológico da omentectomia em pacientes submetidos à gastrectomia por CG. Esta análise incluiu 50 pacientes, nos quais, após a ressecção cirúrgica, o grande omento foi dividido em quatro quadrantes para a avaliação patológica dos padrões de disseminação linfática e presença de células tumorais (cranial direito e esquerdo; caudal direito e esquerdo). Foram encontrados LN no omento em nove (18%) pacientes, dos quais apenas um (2%) estava positivo para acometimento metastático (paciente estágio IB). Depósitos de células tumorais no omento foram encontrados em quatro (8%) pacientes, estágio clínico IB (n = 1), IIA (n = 1), IIB (n = 1) e IIIA (n = 1). A Figura 8 representa a localização das metástases encontradas no grande omento. Nas análises univariada e multivariada, não foram identificados fatores de risco significativos para a presença de metástases linfonodais ou depósitos de células tumorais (estádio clínico, localização do tumor, grau de diferenciação celular, tipo de gastrectomia). Dos cinco pacientes com envolvimento tumoral no omento, um paciente com depósito de células tumorais morreu dentro de 30 dias de PO. O paciente com o LN positivo no omento encontrava-se livre de doença após 20 meses de seguimento. Os três pacientes remanescentes tiveram recorrência peritoneal antes de 1 ano, o que acarretou menor taxa de sobrevida livre de doença quando comparado aos pacientes sem presença de depósitos de células tumorais no omento (0,0 vs. 58,7%, respectivamente, $p=0,003$). Entretanto, não foi encontrada diferença significativa na sobrevida global de 1 ano entre pacientes com e sem depósitos de células tumorais no omento (25 vs. 67,4%, respectivamente, $p=0,079$).¹²⁷

Neste estudo holandês, 5 (10%) pacientes apresentaram envolvimento metastático no grande omento. Não obstante, apenas um paciente (2%) se

beneficiou da omentectomia (paciente com um LN positivo). Note que, neste paciente, o linfonodo localizava-se no quadrante cranial direito, próximo ao ligamento gastrocólico. No entanto, não há informação sobre se este linfonodo se encontrava na porção mais proximal ou distal da arcada gastroepiploica. Possivelmente, ele seria removido mesmo com a realização da OP. Os outros quatro (8%) pacientes com depósitos de células tumorais no omento não obtiveram sobrevida maior em comparação com o grupo de pacientes sem, demonstrando que, provavelmente, se tratava de pacientes em estágios mais avançados de doença. Não há relatos no estudo quanto à realização de lavado peritoneal, o que poderia confirmar se tratar de pacientes em estágio IV, nos quais o prognóstico é bastante reservado independentemente da radicalidade cirúrgica.^{128,129} De qualquer maneira, os autores concluíram que a OT deve ser realizada em todos os pacientes com CG ressecável.

Figura 8 – Localização do linfonodo metastático e dos depósitos de células tumorais no grande omento dos cinco pacientes

Adaptado de Haverkamp et al.¹²⁵

Sob outra perspectiva, temos outro estudo holandês publicado recentemente que teve como objetivo avaliar a incidência e os fatores de risco para metástases no grande omento em pacientes submetidos à gastrectomia

por CG com intenção curativa. Este estudo prospectivo multicêntrico (*Omentectomy in Radical Gastrectomy for Gastric Cancer – OMEGA trial*) incluiu 100 pacientes nos quais o omento foi dividido em três partes após sua remoção e enviado para análise à procura de LN metastáticos e presença de depósito de células tumorais. O tratamento neoadjuvante foi realizado em 69 (69%) pacientes. O lavado peritoneal com citologia oncológica foi realizado em todos os pacientes e todos foram negativos para presença de células tumorais livres. Foram encontrados LN no omento de 27 (27%) pacientes. As metástases foram detectadas no omento de cinco (5%) pacientes (2 pacientes com LN metastáticos e 3 pacientes com depósitos de células tumorais). Dois pacientes tinham *Linitis plastica* e três tiveram tumores de localização proximais maiores que 5cm. O estadiamento clínico destes cinco pacientes foram pT4bN1M1 (metástase no ovário direito, depósitos de tumor no omento), pT4bN2M1 (depósitos de tumor no omento), ypT4aN1M1 (depósitos de tumor no omento), ypT3N2M0 e ypT3N3M0. Em todos os cinco pacientes com metástases no omento, a ressecção não foi radical (R1), com 3 margens de ressecção proximais e duas margens distais comprometidas. As metástases no omento maior foram significativamente correlacionadas com ressecção R1 ($p<0,001$), invasão tumoral para o esôfago ou duodeno ($p<0,001$), *Linitis plastica* ou localização no terço proximal do estômago ($p=0,002$), diâmetro do tumor maior ou igual a 5cm, estágio clínico III/IV ($p=0,010$) e categoria pM1 ($p<0,001$). Objetivamente, apenas dois pacientes (ypT3N2M0 e ypT3N3M0) tiveram metástases em LN no omento. Infelizmente, não é reportado no estudo se, nos três casos em que houve presença de células tumorais no omento (todos os pacientes pM1), havia sinais de doença metastática macroscópica visível no intraoperatório, o que acarretaria, obrigatoriamente, a realização da OT. Ainda, não é reportada a localização dos linfonodos metastáticos e depósitos tumorais no omento destes pacientes. Os autores do estudo OMEGA concluem que a incidência de metástases no grande omento é baixa e, quando presente, está associada à doença avançada e de tratamento cirúrgico não radical. Ainda que a OT como parte da gastrectomia radical pode ser omitida em pacientes com CG

localizados nos terços médio ou distal, menores que 5cm, cT1/T2 e com doença limitada ao estômago.¹³⁰ A Tabela 23 demonstra a comparação entre os principais dados obtidos nesta tese e os dois estudos holandeses citados.

Tabela 23 - Comparação dos resultados entre os três estudos sobre acometimento metastático do grande omento

	BARCHI LC				Estudo OMEGA				HAVERKAMP <i>et al.</i>			
	Total	Omento -	Omento +	p	Total	Omento -	Omento +	p	Total	Omento -	Omento +	p
n	284	279 (98)	05 (2)		100	95 (95)	5 (5)		50	45 (90)	05 (10)	
Cirurgia				>0,99*								0,902*
GST	182 (64)	179 (64)	3 (60)		48 (48)	48 (50,5)	0		9 (18)	8 (18)	1 (20)	
GT	102 (36)	101 (36)	2(40)		52 (52)	47 (49,5)	5 (100)		41 (82)	37 (82)	4 (80)	
Neoadj.	40 (14)	39 (14)	1 (20)	0,543*	69 (69)	66 (69,4)	3 (60)		35 (70)	32 (71)	3 (60)	
Local				0,279*				0,002*				0,275*
Proximal	38 (13)	37 (13)	2 (40)		26 (28)	23 (26)	3 (60)		22(44)	21 (46)	1 (20)	
Médio	55 (19)	55 (20)	0		18 (20)	18 (20)	0		7 (14)	6 (13)	1 (20)	
Distal	185 (65)	182 (65)	3 (60)		42 (46)	42 (48)	0		14 (28)	13 (29)	1 (20)	
L. plástic	6 (2)	6 (2)	0		6 (7)	4 (5)	2 (40)		7 (14)	5 (11)	2 (40)	
Dif. Cel.				0,098*				1,00*				
Bem/Mod.	138 (48)	137 (49)	1 (20)		25 (31)	24 (32)	1 (20)		20 (40)	ND	ND	
Indifer.	146 (52)	143 (51)	4 (80)		55 (69)	51 (68)	4 (80)		27 (54)	ND	ND	
Lauren				0,290*				0,334*				
Intestinal	146 (51)	146 (52)	1 (20)		33 (45)	32 (46)	1 (20)		ND	ND	ND	
Difuso	108 (38)	105 (38)	3 (60)		38(51)	34 (49)	4 (80)		ND	ND	ND	
Misto	30 (11)	29 (10)	1 (20)		3 (4)	3 (4)	0 (0)		ND	ND	ND	
T				0,332*				0,163*				
T1 / T2	116 (41)	116 (41)	0		34 (34)	34 (36)	0		ND	ND	ND	
T3 / T4	168 (59)	163 (59)	5 (100)		66 (66)	61 (64)	5 (100)		ND	ND	ND	
N				0,001*				0,364*				
N0	122 (43)	123 (44)	0		47 (47)	47 (49)	0		24 (48)	ND	ND	
N1 – N3	162 (57)	157 (64)	5 (100)		53 (53)	48 (51)	5 (100)		26 (52)	ND	ND	
EC				0,022*				0,010*				0,729*
0 – II	157 (55)	157 (56)	0		59 (59)	59 (62)	0		29 (58)	26 (58)	3 (60)	
III - IV	127 (45)	122 (44)	5 (100)		41 (41)	36 (38)	5 (100)		21 (42)	19 (42)	2 (40)	
LN Exam. #	39 (15-114)	39 (15-114)	42 (31 – 73)	0,332*	24 (10-68)	25 (10-68)	15 (12-31)	0,110*	19 (5-62)	ND	ND	
LN positivos^d	1 (0-53)	1 (0 – 53)	22 (4 – 31)	0,001*	1 (0-30)	1 (0-29)	3 (1-30)	0,133*	4 (1-12)	ND	ND	
Pac. LN Omento	66 (23)	61 (22)	5 (100)		27 (27)	22 (23)	5 (100)	0,001*	9 (18)	8 (16)	1 (2)	
LN Omento #	0 (1-6)	0 (1-6)	0 (1-3)		0 (0-26)	0 (0-8)	4 (1-26)	<0,001*	ND	ND	ND	
Metástase Omental								0,001*				
LN	5 (1,7)	0	5 (100)		2 (2)	0	2 (40)		1 (2)	0	1 (20)	
Depósito	-	-	-		3 (3)	0	3 (60)		4 (8)	0	4 (80)	
Cél.tumor	-	-	-		3 (3)	0	3 (60)		4 (8)	0	4 (80)	

& Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney; * Teste fisher; # valores em mediana

Na presente tese, foram encontrados LN no grande omento em 66 (23%) pacientes. Entretanto, a presença de metástase linfonodal ocorreu em apenas cinco (1,75%). Destes, quatro pacientes foram a óbito (dois pacientes pT4aN3bM0 - IIIC, um pT4bN3bM0 - IIIC e um T4aN2M0 - IIIB), com sobrevida entre quatro e nove meses. O quinto paciente (pT3N3bM0 - IIIB) apresentou recorrência da doença no fígado e pleura após 48 meses de seguimento, e, no momento, encontra-se em tratamento da recidiva com quimioterapia paliativa. Dentre os cinco pacientes, este último foi o único em que o tumor foi considerado bem diferenciado (G1). Em todos os outros quatro pacientes, o tumor era indiferenciado (G3), porém não foi encontrada diferença estatística entre os grupos quanto ao grau de diferenciação celular ($p=0,098$).

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, pacientes com LN metastáticos no grande omento apresentam maior risco de recidiva quando comparados aos pacientes sem LN metastáticos no omento (100 vs. 27,2%, respectivamente; $p=0,006$). Ainda, encontraram-se evidências de associação da presença de LN metastáticos no omento com a ocorrência de recidiva peritoneal ($p=0,008$), a distância ($p=0,002$), fígado ($p=0,023$), ovário ($p=0,035$), e óbito ($p=0,024$). Isto demonstra que remover todo o omento durante a gastrectomia radical não previne contra a ocorrência de recidiva e, principalmente, o óbito. O Gráfico 16 representa a curva de sobrevida dos pacientes conforme estágio clínico e dos cinco pacientes que tiveram LN metastáticos no grande omento. Podemos aferir que, quando há presença de LN metastáticos no omento, trata-se de doença sistêmica, com prognóstico bastante reservado (Tabela 22).

Gráfico 16 - Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global conforme estágio clínico e presença de LN metastáticos no grande omento. Cada linha representa a sobrevida de pacientes dentro de um único estágio clínico (TNM 7ª edição)

Quanto ao grau de penetração do tumor na parede gástrica, a despeito de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significante ($p=0,081$), a OT pode ser omitida nos pacientes estádios T1/T2 e ser substituída pela OP, pois não foram encontrados linfonodos metastáticos no grande omento neste grupo de pacientes. Dados obtidos na literatura corroboram estes resultados, mesmo quanto a presença de depósito de células tumorais no grande omento de pacientes em estádios menos avançados (T1/T2).¹³⁰

Nesta série de casos, todos os pacientes com LN positivos no omento eram estádios T3 ou T4. Mesmo neste grupo de pacientes, a incidência foi extremamente baixa (3%). Resultado semelhante foi reportado no estudo OMEGA, no qual todos os pacientes com LN metastáticos no omento também eram estágio $\geq$ T3 (incidência de 3%).¹³⁰ Permite-se aferir por meio destes

dados que, também, em muitos casos de tumores avançados, a OT poderia ser evitada. No entanto, não foi possível identificar muitas características clínico-patológicas que pudessem prever o acometimento linfonodal no omento no período pré-operatório devido ao baixo número de pacientes com LN positivos no grande omento. O único dado passível de ser identificado antes da cirurgia que mostrou forte relação com LN metastáticos no omento foi o tamanho do tumor (ponte de corte 5,25cm) (Gráfico 2). O tamanho médio dos tumores destes pacientes foi maior quando comparados com pacientes sem LN acometidos (8,06 vs. 4,8 cm; $p=0,008$) (Tabela 17). Em contrapartida, não se encontraram diferenças estatísticas significantes entre os grupos quanto à classificação de Lauren ($p=0,290$), classificação de Borrmann ($p=0,837$) e localização ($p=0,279$) (Tabela 18). Muitos fatores relacionados com a presença de metástases linfonodal no omento foram determinados durante a análise pós-operatória do espécime cirúrgico, o que, certamente, não ajuda na tomada de decisão pré-operatória (estádio N: $p<0,001$; estadiamento clínico: $p=0,022$ e invasão venosa: $p=0,003$) (Tabelas 17 e 19).

Adicionalmente, no grupo de pacientes sem metástase linfonodal no omento também havia muitos pacientes com doença avançada (39 pacientes estádios IIIB e outros 35 estádios IIIC). Isso demonstra haver alguma outra característica na biologia molecular do tumor e do próprio paciente ainda não totalmente conhecida, que poderia influenciar na disseminação linfonodal do grande omento em pacientes com CG.

Nesta casuística, contudo, há algumas limitações. Primeiro: trata-se de estudo retrospectivo e, ainda que exista padronização quanto ao preparo do espécime cirúrgico ressecado por um membro da equipe, no qual os LN e o grande omento são identificados e separados, não se pode descartar a possibilidade de contaminação de LN da grande curvatura gástrica (cadeias 4sa, 4sd e 4d) enviados para análise juntos com o omento maior. Talvez este seja o motivo de terem sido encontrados LN no grande omento em 23% dos pacientes deste estudo. Mesmo havendo esta possibilidade de contaminação no presente estudo, o número de LN positivos foi extremamente baixo. Número semelhante de LN no grande omento foi encontrado nos dois estudos

holandeses citados (27% e 18% dos pacientes, respectivamente), nos quais a pesquisa sobre a presença de LN se fez de maneira prospectiva (Tabela 23).^{127,130}

Segundo: o objetivo principal deste estudo foi avaliar a presença de LN positivos no omento. Os pacientes com presença de acometimento metastático do omento não linfonodal (presença de depósitos de células tumorais) foram excluídos da análise (cinco pacientes em 346). Não havia informações suficientes se a presença de metástases não linfonodais no grande omento fora diagnosticada durante a cirurgia ou se o diagnóstico se fez por meio do estudo anatomopatológico e, por essa razão, optou-se pela exclusão destes pacientes da presente análise. Obviamente que, além de identificar a presença de LN metastáticos no grande omento, identificar depósitos de células tumorais também é fundamental para que se possa efetuar ressecção R0.

Terceiro: curiosamente, a citologia oncótica dos lavados peritoneais foi negativa em todos os pacientes, a semelhança do estudo OMEGA.¹³⁰ Alguns estudos indicam incidência entre 7-10% de citologia positiva em pacientes sem metástases peritoneais^{131,132}, o que, certamente, influenciaria na decisão de se prosseguir com a OT e, talvez, oferecer tratamentos mais agressivos, como, por exemplo, a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

Finalmente, o efeito da preservação do omento na sobrevivência não foi avaliado neste estudo, pois o grande omento foi ressecado em todos os pacientes. Esta análise específica sobre sobrevida necessitaria ser investigada por meio de ensaio clínico randomizado. Contudo, seria necessária amostra grande de pacientes devido à baixa incidência de metástases no omento.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

A incidência de linfonodos metastáticos no grande omento de pacientes submetidos à gastrectomia radical por câncer gástrico é muito baixa.

Em pacientes estágio T3/T4 a presença de linfonodos metastáticos no grande omento esteve relacionada com tamanho do tumor ($\geq 5,25$ cm), acometimento linfonodal extenso (N), estágio clínico avançado, presença de invasão venosa, recidiva no peritônio, fígado, ovário e óbito.

A omentectomia total pode ser omitida em pacientes estádios T1/T2 e ser substituída pela omentectomia parcial.

7 ANEXOS

7.1 Anexo A - Estações linfonodais, localização do tumor e tipos de linfadenectomias no câncer gástrico de acordo com a Associação Japonesa do Câncer Gástrico

ESTAÇÃO LINFONODAL (NO.)	Descrição	LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DO TUMOR NO ESTÔMAGO		
		Terço proximal	Terço médio	Terço distal
1	Paracárdico direito	1	1	2
2	Paracárdico esquerdo	1	3	M
3	Pequena curvatura	1	1	1
4sa	Gástricas curtas	1	3	M
4sb	Gastroepiploica esquerda	1	1	3
4d	Gastroepiploica direita	2	1	1
5	Suprapilórica	3	1	1
6	Infrapilórica	3	1	1
7	Art. gástrica esquerda	2	2	2
8a	Art. hepática comum anterior	2	2	2
8p	Art. hepática comum anterior	3	3	3
9	Troco celíaco	2	2	2
10	Hilo esplênico	2	3	M
11p	Art. Esplênica proximal	2	2	2
11d	Art. Esplênica distal	2	3	M
12a	Ligamento hepatoduodenal anterior	3	2	2
12b,p	Ligamento hepatoduodenal posterior	3	3	3
13	Retropancreático	M	3	3
14v	Veia mesentérica superior	M	3	2
14a	Art. mesentérica superior	M	M	M
15	Cólica média	M	M	M
16al	Hiato aórtico	3	M	M
16a2,b1	Para-aórtico medial	M	3	3
16b2	Para-aórtico caudal	M	M	M

7.2 Anexo B - Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DIRETORIA CLÍNICA
COMISSÃO DE ÉTICA PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA -
CAPPesq

CADASTRO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Registro (uso reservado à Secretaria da CAPPesq)	
Nº do Protocolo:	Tipo: Humanos
Instituto: ICHC	
Registro on-line nº: 14752	Data de Entrada: 14/04/2016

Este projeto envolve:

Pacientes HC	Sim
Médicos ou Funcionários HC (como sujeitos de pesquisa)	Não
Documentos HC(Prontuários e Outros)	Sim
Materiais estocados no HC	Não
Peças anatômicas de cadáveres	Não
Haverá necessidade de recrutamento de pacientes na mídia	Não

7.3 Anexo C - Aprovação do projeto na Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DA OMENTECTOMIA NA CIRURGIA DO CÂNCER GÁSTRICO

Pesquisador: Bruno Zilberstein

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56307516.9.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.571.795

Apresentação do Projeto:

Serão analisados retrospectivamente os pacientes operados por câncer gástrico no Instituto Central do Hospital das Clínicas e no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo entre 2012 e 2015, avaliando a presença de metástases linfonodais no grande omento e correlacionando com o estadió clínico destes pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é avaliar a presença de linfonodos acometidos no grande omento de pacientes submetidos à gastrectomia com linfadenectomia por câncer gástrico. Existe a possibilidade de não haver comprometimento linfonodal, e como em todos os casos a omentectomia total faz parte do tratamento cirúrgico radical do câncer gástrico, caso não haja a presença de linfonodos acometidos pela doença neste tecido, esta parte do procedimento poderia ser evitada, diminuindo o tempo cirúrgico e evitando complicações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, por ser estudo retrospectivo. Benefício: Avaliar se há realmente a necessidade a realização da omentectomia total na cirurgia do câncer gástrico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado.

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappelq.adm@hc.fm.usp.br

7.4 Anexo D - Aprovação da Comissão de Ética do ICESP

São Paulo, 06 de abril de 2016.			
Registro: NP 898/2016			
Ref. Solicitação de execução de estudo: O papel da omentectomia na cirurgia do câncer gástrico.			
Pesquisador Responsável: Dr. Bruno Zilberstein Pesquisador Executante: Dr. Leandro Cardoso Barchi			
CONSIDERAÇÕES			
Trata-se de um projeto retrospectivo com a finalidade de obtenção de título. O estudo visa avaliar a presença de linfonodos acometidos no grande omento de pacientes submetidos à gastrectomia com linfadenectomia por câncer gástrico pelo Serviço de Cirurgia do Estômago e Intestino Delgado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Serão analisados pacientes com câncer gástrico operados no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da FMUSP no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015.			
RESPONSABILIDADES DO PESQUISADOR Antes do início dos procedimentos relacionados ao estudo:			
<ul style="list-style-type: none">• Iniciar as atividades do estudo somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP para execução no ICESP segundo a Res. 466/12;• Fornecer cópia da Carta de Aprovação e Relatório Final com ciência do CEP ao NP-ICESP;• Enviar Publicação dos resultados do estudo;			
Informamos que sua solicitação foi DEFERIDA.			
Atenciosamente,
Prof. Dr. Paulo M. Hoff Diretor Geral			
Prof. Dr. Paulo M. Hoff Diretor Geral ICESP			
Versão 20 de maio de 2015

Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - 01246-000 - Tel. 11 3893.2000 - www.icesp.org.br			

7.5 Anexo E - Dados referente aos 284 pacientes selecionados para este estudo

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Cur ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
90607762	20/08/2015	3	16	0	10	1	15	0	0	0	0	0	0	4	41
5359112	01/09/2011	0	25	0	15	0	3	0	0	0	0	0	0	0	43
60025295	20/02/2014	2	4	4	7	8	13	0	0	0	0	0	0	14	24
60025241	13/03/2014	0	9	2	11	1	5	0	0	0	0	0	0	3	25
60025568	26/02/2015	0	13	0	17	0	23	0	0	0	0	0	0	0	53
60034689	18/06/2015	4	12	3	5	1	15	0	0	0	0	0	0	8	32
60005236	28/03/2013	0	19	0	29	0	6	0	0	0	0	0	0	0	54
60011281	06/11/2013	0	8	0	25	0	3	0	0	0	0	0	0	0	36
2433763	08/05/2013	0	3	0	16	3	5	0	0	0	0	0	0	3	24
60026359	22/05/2014	0	10	0	13	0	8	0	0	0	0	0	0	0	31
60020108	10/10/2013	7	12	2	11	3	7	0	0	0	0	0	0	12	30
60016513	14/11/2012	7	12	3	21	0	8	0	0	0	0	0	0	10	41
13975883	03/07/2014	1	6	2	7	0	5	0	0	0	0	0	0	3	18
14119566	19/02/2015	7	7	6	6	9	9	0	0	0	0	0	0	22	22
2056691	10/02/2015	0	19	0	14	0	12	0	0	0	0	0	0	0	45
60007416	15/06/2011	0	10	0	6	0	16	0	0	0	0	0	0	0	32
60010642	08/11/2011	5	18	3	16	1	10	0	0	0	0	0	0	9	44
60029610	21/01/2015	0	7	0	7	0	34	0	0	0	0	0	0	0	48
13686269	07/05/2015	0	12	2	21	0	3	0	0	0	0	0	0	2	36
60001966	27/11/2009	2	3	1	14	0	8	0	0	0	0	0	0	3	24
14041674	11/07/2013	2	14	1	3	0	5	0	0	0	0	0	0	3	22
60016296	15/01/2013	3	7	1	2	0	6	0	0	0	0	0	0	4	15
60012467	15/02/2012	10	26	7	9	0	8	0	0	0	0	0	0	17	43
60004669	25/08/2010	14	22	24	42	1	5	0	0	0	0	0	0	39	69
60005448	18/10/2010	0	32	0	17	0	6	0	0	0	0	0	0	0	55
13854076	05/11/2014	5	10	2	7	2	7	0	0	0	0	0	0	9	24
60025679	18/03/2014	0	0	5	5	3	5	0	8	13	0	0	0	16	23
14003216	02/04/2013	0	10	0	3	0	24	0	0	0	0	0	0	0	37
60010094	28/02/2012	0	7	1	11	1	8	0	0	0	0	0	0	2	26
60017927	13/12/2012	2	25	0	31	0	3	0	0	0	0	0	0	2	59
60013004	16/03/2012	0	54	0	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	71
2054605	29/10/2014	0	2	0	9	0	11	0	0	0	0	0	0	0	22
60022282	30/10/2013	0	15	0	27	0	22	0	0	0	0	0	0	0	64
13997924	10/07/2012	6	32	4	22	0	13	1	4	0	0	0	0	11	71
13831228	23/04/2014	0	15	0	12	0	25	0	0	0	0	0	0	0	52

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Cur ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
13912106	22/04/2010	0	14	1	27	0	12	0	0	0	0	0	0	1	53
60031599	16/04/2015	0	52	0	9	0	14	0	0	0	0	0	0	0	75
13938750	18/12/2014	0	21	0	8	0	20	0	0	0	0	0	0	0	49
60001896	24/09/2009	0	2	0	0	2	18	0	0	0	0	0	0	2	20
13800356	19/05/2009	0	0	0	2	0	14	0	0	0	0	0	0	0	16
60034860	25/06/2015	5	19	9	12	3	8	0	0	0	0	0	0	17	39
13955716	09/05/2011	8	15	8	17	0	8	0	0	0	0	0	0	16	40
60023501	15/01/2014	0	20	0	15	0	11	0	0	0	0	0	0	0	46
3075205	03/01/2013	0	10	0	24	0	3	0	0	0	0	0	0	0	37
60018439	18/07/2013	0	5	0	8	4	11	0	0	0	0	0	0	4	24
13754527	27/01/2015	2	8	3	12	0	12	0	0	0	0	0	0	5	32
60028399	07/08/2014	5	22	1	30	2	33	0	0	0	0	0	0	8	85
89034305	30/11/2015	2	4	4	12	0	7	0	0	0	0	0	0	6	23
60001576	28/08/2009	0	10	1	26	0	6	0	0	0	0	0	0	1	42
60025922	15/05/2014	5	5	12	12	10	14	0	0	0	0	0	0	27	31
13964888	28/06/2012	0	24	0	19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	44
60014825	03/10/2012	1	15	0	14	11	37	0	0	0	0	0	0	12	66
60026332	23/07/2014	2	3	0	16	0	5	0	0	0	0	0	0	2	24
60026345	20/05/2014	6	12	37	56	10	26	0	0	0	0	0	0	53	94
90766747	16/12/2015	0	2	3	10	0	15	0	0	0	0	0	0	3	27
60004207	16/09/2010	0	16	0	20	0	14	0	0	0	0	0	0	0	50
60004624	07/10/2010	0	21	0	14	0	34	0	0	0	0	0	0	0	69
60008539	08/09/2011	0	7	2	10	1	5	0	0	0	0	0	0	3	22
60028613	23/07/2014	0	17	2	10	2	8	0	0	0	0	0	0	4	35
13667698	06/03/2014	0	11	0	10	0	5	0	0	0	0	0	0	0	26
60026894	13/05/2014	3	27	1	15	0	6	0	0	0	0	0	0	4	48
60018531	07/11/2013	0	26	0	8	0	12	0	0	0	0	0	0	0	46
13761786	21/03/2012	0	21	0	19	0	4	0	0	0	0	0	0	0	44
90598356	02/12/2015	7	21	9	29	4	23	0	0	0	0	0	0	20	73
60020050	23/07/2013	2	6	0	0	0	2	0	0	1	4	2	3	5	15
60009639	14/07/2011	0	33	0	26	0	1	0	0	0	0	0	0	0	60
60008582	09/06/2011	0	1	3	17	0	2	0	0	0	0	0	0	3	20
60020172	25/07/2013	8	15	1	12	1	14	0	0	0	0	0	0	10	41
13998714	13/03/2012	0	12	0	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	22

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Curv ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
60033207	18/02/2015	7	40	1	53	0	21	0	0	0	0	0	0	8	114
60009503	11/11/2011	5	21	0	14	0	9	0	0	0	0	0	0	5	44
90801895	24/03/1016	1	10	6	11	0	20	0	0	0	0	0	0	7	41
90751480	21/01/2016	2	22	3	12	7	10	0	0	0	0	0	0	12	44
55557571	05/01/2016	2	5	7	11	1	15	0	0	0	0	0	0	10	31
60030971	15/12/2014	0	4	0	15	0	7	0	0	0	0	0	0	0	26
14014164	07/08/2012	0	29	0	13	0	9	0	0	0	0	0	0	0	51
90754790	19/11/2015	0	4	0	21	0	7	0	0	0	0	0	0	0	32
33594875	31/05/2012	0	9	0	12	0	18	0	0	0	0	0	0	0	39
13884765	14/09/2009	0	13	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	16
2756239	12/07/2011	0	4	0	8	0	3	0	0	0	0	0	0	0	15
3245360	13/02/2014	4	20	0	16	0	3	0	0	0	0	0	0	4	39
2700505	20/08/2014	1	18	0	5	0	20	0	0	0	0	0	0	1	43
60016573	20/12/2012	0	9	1	12	0	29	0	0	0	0	0	0	1	50
60022351	03/10/2013	1	3	0	17	2	15	0	22	0	0	0	0	3	57
60023978	06/02/2014	0	10	0	24	0	15	0	0	0	0	0	0	0	49
2992318	26/04/2011	0	26	0	15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	42
2373625	29/04/2011	0	20	0	13	0	1	0	0	0	0	0	0	0	34
14016652	07/02/2013	0	12	0	10	0	7	0	0	0	0	0	0	0	29
13896097	10/06/2010	0	30	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
60033312	13/05/2015	0	9	0	8	0	20	0	0	0	0	0	0	0	37
13902783	19/02/2010	0	8	3	6	5	20	0	0	0	0	0	0	8	34
60020326	15/08/2013	0	16	0	9	0	21	0	0	0	0	0	0	0	46
5186940	09/12/2015	0	6	0	9	0	2	0	0	0	0	0	0	0	17
60022350	22/05/2014	0	24	1	14	0	21	0	0	0	0	0	0	1	59
60016043	05/09/2012	2	23	0	11	0	6	0	0	0	0	0	0	2	40
55539603	25/09/2013	5	10	17	40	4	13	0	0	0	0	0	0	26	63
55479768	04/09/2012	2	12	2	22	0	5	0	0	0	0	0	0	4	39
5146170	17/05/2012	1	11	0	11	6	23	0	0	0	0	0	0	7	45
13805548	28/08/2011	0	2	0	8	0	7	0	0	0	0	0	0	0	17
60025989	25/09/2014	11	34	2	22	4	17	0	0	0	0	0	0	17	73
60030801	23/10/2014	1	7	2	18	0	20	0	0	0	0	0	0	3	45
13916705	06/03/2012	0	19	0	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	31
13759051	26/01/2012	0	6	2	21	0	8	0	0	0	0	0	0	2	35
60023504	02/01/2014	5	31	3	23	0	16	0	0	0	0	0	0	8	70

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Cur ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
60018088	09/01/2013	10	16	7	34	1	13	0	0	0	0	0	0	18	63
13886348	23/11/2009	0	17	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
14044917	13/06/2013	11	22	11	19	6	13	0	0	0	0	0	0	28	54
60027338	11/06/2014	4	5	4	8	10	11	0	0	0	0	0	0	18	24
13954617	19/09/2013	0	12	0	18	0	12	0	0	0	0	0	0	0	42
13888625	17/09/2009	0	7	0	28	0	6	0	0	0	0	0	0	0	41
60007202	28/03/2011	0	13	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
2476823	06/11/2012	0	24	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
3348794	10/03/2016	0	3	0	27	0	27	0	0	0	0	0	0	0	57
60027843	10/07/2014	1	9	0	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	16
13910954	20/07/2010	11	30	5	13	1	9	0	0	0	0	0	0	17	52
60024268	19/02/2014	1	6	5	13	3	21	0	0	0	0	0	0	9	40
55550883	30/04/2015	0	17	0	19	0	19	0	0	0	0	0	0	0	55
60014770	01/08/2012	5	13	6	21	1	10	0	0	0	0	0	0	12	44
60024211	09/01/2014	7	12	5	11	0	11	0	0	0	0	0	0	12	34
13992667	28/02/2012	0	20	1	16	0	5	0	0	0	0	0	0	1	41
2680906	28/01/2016	0	4	20	25	11	13	0	0	0	0	0	0	31	42
13659965	07/01/2016	0	15	0	39	0	7	0	0	0	0	0	0	0	61
60021143	11/09/2013	4	15	2	9	2	26	0	0	0	0	0	0	8	50
14098456	11/02/2015	4	7	6	24	1	6	0	0	0	0	0	0	11	37
60003246	24/03/2011	8	11	0	6	0	9	0	0	0	0	0	0	8	26
13897090	11/01/2010	0	1	0	17	3	13	0	0	0	0	0	0	3	31
77112491	08/01/2015	0	29	1	9	0	16	0	0	0	0	0	0	1	54
13895902	08/06/2010	1	21	1	16	0	1	0	0	0	0	0	0	2	38
13919374	25/10/2010	0	14	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
13734679	22/07/2010	0	19	0	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	29
60032305	19/03/2015	0	21	0	8	0	2	0	0	0	0	0	0	0	31
14068459	04/12/2013	0	7	0	33	0	15	0	0	0	0	0	0	0	55
60030954	14/10/2015	13	14	6	14	15	21	0	0	0	0	0	0	34	49
14141901	11/02/2016	1	11	2	12	0	12	0	0	0	0	0	0	3	35
90654205	14/01/2016	0	25	0	8	0	4	0	0	0	0	0	0	0	37
14065207	26/03/2014	0	9	0	11	0	13	0	0	0	0	0	0	0	33
13938347	22/03/2011	0	19	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
60021649	28/08/2013	0	5	0	19	0	5	0	0	0	0	0	0	0	29
13895211	20/07/2010	22	47	5	11	1	6	0	0	0	0	0	0	28	64

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Curv ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
60033207	18/02/2015	7	40	1	53	0	21	0	0	0	0	0	0	8	114
60009503	11/11/2011	5	21	0	14	0	9	0	0	0	0	0	0	5	44
90801895	24/03/2016	1	10	6	11	0	20	0	0	0	0	0	0	7	41
90751480	21/01/2016	2	22	3	12	7	10	0	0	0	0	0	0	12	44
55557571	05/01/2016	2	5	7	11	1	15	0	0	0	0	0	0	10	31
60030971	15/12/2014	0	4	0	15	0	7	0	0	0	0	0	0	0	26
14014164	07/08/2012	0	29	0	13	0	9	0	0	0	0	0	0	0	51
90754790	19/11/2015	0	4	0	21	0	7	0	0	0	0	0	0	0	32
33594875	31/05/2012	0	9	0	12	0	18	0	0	0	0	0	0	0	39
13884765	14/09/2009	0	13	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	16
2756239	12/07/2011	0	4	0	8	0	3	0	0	0	0	0	0	0	15
3245360	13/02/2014	4	20	0	16	0	3	0	0	0	0	0	0	4	39
2700505	20/08/2014	1	18	0	5	0	20	0	0	0	0	0	0	1	43
60016573	20/12/2012	0	9	1	12	0	29	0	0	0	0	0	0	1	50
60022351	03/10/2013	1	3	0	17	2	15	0	22	0	0	0	0	3	57
60023978	06/02/2014	0	10	0	24	0	15	0	0	0	0	0	0	0	49
2992318	26/04/2011	0	26	0	15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	42
2373625	29/04/2011	0	20	0	13	0	1	0	0	0	0	0	0	0	34
14016652	07/02/2013	0	12	0	10	0	7	0	0	0	0	0	0	0	29
13896097	10/06/2010	0	30	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
60033312	13/05/2015	0	9	0	8	0	20	0	0	0	0	0	0	0	37
13902783	19/02/2010	0	8	3	6	5	20	0	0	0	0	0	0	8	34
60020326	15/08/2013	0	16	0	9	0	21	0	0	0	0	0	0	0	46
5186940	09/12/2015	0	6	0	9	0	2	0	0	0	0	0	0	0	17
60022350	22/05/2014	0	24	1	14	0	21	0	0	0	0	0	0	1	59
60016043	05/09/2012	2	23	0	11	0	6	0	0	0	0	0	0	2	40
55539603	25/09/2013	5	10	17	40	4	13	0	0	0	0	0	0	26	63
55479768	04/09/2012	2	12	2	22	0	5	0	0	0	0	0	0	4	39
5146170	17/05/2012	1	11	0	11	6	23	0	0	0	0	0	0	7	45
13805548	28/08/2011	0	2	0	8	0	7	0	0	0	0	0	0	0	17
60025989	25/09/2014	11	34	2	22	4	17	0	0	0	0	0	0	17	73
60030801	23/10/2014	1	7	2	18	0	20	0	0	0	0	0	0	3	45
13916705	06/03/2012	0	19	0	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	31
13759051	26/01/2012	0	6	2	21	0	8	0	0	0	0	0	0	2	35
60023504	02/01/2014	5	31	3	23	0	16	0	0	0	0	0	0	8	70

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Cur ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
60027600	17/07/2014	0	5	0	18	0	13	0	0	0	0	0	0	0	36
60017065	19/03/2013	0	1	1	5	0	8	0	0	4	7	0	0	5	21
13891116	08/12/2009	0	34	6	13	0	0	0	0	0	0	0	0	6	47
5214188	17/12/2015	0	5	0	20	0	13	0	0	0	0	0	0	0	38
55508007	25/04/2012	0	13	0	2	5	14	0	0	0	0	0	0	5	29
60018449	07/03/2013	2	20	1	15	0	4	0	0	0	0	0	0	3	39
60013262	07/04/2012	1	12	4	17	1	15	0	0	0	0	0	0	6	44
60029746	03/12/2014	0	5	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0	0	25
60017200	12/06/2013	0	6	0	13	0	6	0	0	0	0	0	0	0	25
60014939	17/07/2012	4	41	3	24	0	13	0	0	0	0	0	0	7	78
90629499	12/11/2015	0	22	0	8	0	9	0	0	0	0	0	0	0	39
89048788	25/06/2014	0	6	0	10	0	6	0	0	0	0	0	0	0	22
13960454	11/08/2011	0	0	5	22	0	1	0	0	0	26	0	0	5	49
13915211	05/05/2015	0	6	0	20	0	19	0	0	0	0	0	0	0	45
13963012	15/10/2014	0	3	0	2	0	11	0	0	0	0	0	0	0	16
13821324	15/07/2015	0	7	0	19	0	16	0	0	0	0	0	0	0	42
14015168	20/09/2012	0	17	5	15	0	8	0	0	0	0	0	0	5	40
55406962	31/01/2013	0	23	0	25	0	18	0	0	0	0	0	0	0	66
14113960	22/03/2016	0	20	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	28
90665983	15/10/2015	0	7	0	6	1	13	0	0	0	0	0	0	1	26
60000549	13/03/2009	12	16	1	6	3	7	0	0	0	0	0	0	16	29
60023363	09/10/2013	2	12	0	13	0	18	0	0	0	0	0	0	2	43
60016744	30/01/2013	3	13	6	12	7	18	0	0	0	0	0	0	16	43
60014670	02/08/2012	0	22	0	33	0	15	0	0	0	0	0	0	0	70
55703223	15/09/2011	0	12	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
60027562	02/07/2014	5	14	0	6	0	8	0	0	0	0	0	0	5	28
3235299	03/05/2011	0	19	0	18	0	2	0	0	0	0	0	0	0	39
13906480	23/04/2010	0	12	0	13	0	2	0	0	0	0	0	0	0	27
60028921	28/08/2014	4	18	2	17	0	19	0	0	0	0	0	0	6	54
60003499	24/05/2010	4	13	0	16	4	19	0	0	0	0	0	0	8	48
60030108	25/09/2014	0	5	0	14	0	11	0	0	0	0	0	0	0	30
60011264	09/03/2012	28	32	14	25	7	22	0	0	0	0	0	0	49	79
60020965	31/07/2013	0	17	0	28	0	18	0	0	0	0	0	0	0	63
60023164	03/12/2013	0	14	0	8	0	7	0	0	0	0	0	0	0	29
14018059	23/08/2012	1	7	0	13	0	9	0	0	0	0	0	0	1	29

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Curv ex.	Gde Curv ac.	Gde Curv ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Curv + Gde Curv ac.	Peq Curv + Gde Curv ex.	Peq Curv + Extra- Perig ac.	Peq Curv + Extra- Perig ex.	Gde Curv + Extra-Peri ac.	Gde Curv + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
60012605	13/03/2012	0	13	0	11	0	5	0	0	0	0	0	0	0	29
2780446	12/02/2015	0	2	0	14	0	14	0	0	0	0	0	0	0	30
60011592	12/06/2012	3	48	0	43	0	14	0	0	0	0	0	0	3	105
60020116	06/06/2013	0	9	0	11	0	13	0	0	0	0	0	0	0	33
2969572	25/02/2015	0	11	0	9	0	9	0	0	0	0	0	0	0	29
60018975	11/07/2013	0	7	0	11	0	3	0	0	0	0	0	0	0	21
60026746	07/05/2014	0	20	0	11	0	22	0	0	0	0	0	0	0	53
60004992	21/10/2010	4	17	3	31	0	1	0	0	0	0	0	0	7	49
2854889	14/05/2014	0	9	0	12	0	28	0	0	0	0	0	0	0	49
13877060	22/07/2009	0	12	0	9	2	11	0	0	0	0	0	0	2	32
60001542	14/10/2009	14	21	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	14	29
60030098	11/12/2014	1	37	0	8	0	12	0	0	0	0	0	0	1	57
13937729	29/04/2011	0	9	0	15	0	7	0	0	0	0	0	0	0	31
60024378	04/02/2014	1	16	1	24	0	6	0	0	0	0	0	0	2	46
60021252	13/11/2013	0	19	1	9	0	14	0	0	0	0	0	0	1	42
60032107	10/06/2015	0	7	0	13	0	16	0	0	0	0	0	0	0	36
60024363	27/08/2014	0	11	0	5	0	7	0	0	0	0	0	0	0	23
13981384	20/12/2011	5	20	0	12	0	2	0	0	0	0	0	0	5	34
3170123	14/09/2011	0	12	0	13	0	10	0	0	0	0	0	0	0	35
60023952	27/03/2014	0	3	1	8	0	29	0	0	0	0	0	0	1	40
3213329	10/08/2015	0	12	0	24	0	11	0	0	0	0	0	0	0	47
60035554	04/11/2015	0	12	5	17	1	6	0	0	0	0	0	0	6	35
13875999	09/02/2010	2	30	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	2	44
2908968	05/09/2013	0	12	1	27	0	4	0	0	0	0	0	0	1	43
2299204	06/08/2014	1	14	2	14	0	11	0	0	0	0	0	0	3	39
13787714	25/04/2013	14	18	5	18	3	15	0	0	0	0	0	0	22	51
13556217	02/02/2011	0	0	0	15	0	5	0	0	0	0	0	0	0	20
90631825	22/10/2015	0	10	0	11	0	12	0	0	0	0	0	0	0	33
3250327	02/08/2012	0	28	0	10	0	17	0	0	0	0	0	0	0	55
55760494	30/07/2015	0	8	0	13	0	6	0	0	0	0	0	0	0	27
3032903	18/04/2011	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
60025997	16/04/2014	0	22	0	19	0	14	0	0	0	0	0	0	0	55
60000744	18/05/2009	0	29	0	29	0	6	0	0	0	0	0	0	0	64
14013558	26/09/2012	3	12	2	18	0	13	0	0	0	0	0	0	5	43
60032383	26/03/2015	0	18	1	11	0	2	0	0	0	0	0	0	1	31

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Cur ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
13883753	28/10/2009	0	15	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
3370223	27/08/2015	5	16	0	30	0	4	0	0	0	0	0	0	5	50
60004671	14/09/2010	1	27	1	18	1	5	0	0	0	0	0	0	3	50
14137562	17/06/2015	0	8	2	12	0	14	0	0	0	0	0	0	2	34
60005916	01/04/2011	0	22	2	20	0	7	0	0	0	0	0	0	2	49
60013995	03/05/2012	10	20	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	13	29
60021572	02/10/2013	1	9	2	15	2	30	0	0	0	0	0	0	5	54
60022847	26/11/2013	1	9	0	16	0	28	0	0	0	0	0	0	1	53
13875359	05/10/2009	2	23	1	11	0	4	0	0	0	0	0	0	3	38
60018252	21/03/2013	0	5	0	23	0	10	0	0	0	0	0	0	0	38
60032106	12/02/2015	3	11	4	17	1	10	0	0	0	0	0	0	8	38
13879566	18/11/2009	4	24	17	26	1	3	0	0	0	0	0	0	22	53
60016099	20/08/2012	6	8	0	5	9	14	0	0	0	0	0	0	15	27
13448227	26/10/2010	12	12	10	11	1	1	0	0	0	0	0	0	23	24
60026068	31/03/2015	0	7	0	22	2	9	0	0	0	0	0	0	2	38
60003249	10/11/2010	0	17	0	7	0	2	0	0	0	0	0	0	0	26
60013616	23/05/2012	0	23	2	23	1	14	0	0	0	0	0	0	3	60
13494097	14/04/2010	4	6	10	12	2	6	0	0	0	0	0	0	16	24
60033334	20/05/2015	0	19	0	16	0	4	0	0	0	0	0	0	0	39
60011396	16/05/2012	3	19	1	8	0	13	0	0	0	0	0	0	4	40
2421035	02/01/2014	0	12	0	16	0	14	0	0	0	0	0	0	0	42
14047538	08/07/2013	3	31	0	9	0	1	0	0	0	0	0	0	3	41
60032384	29/06/2015	1	6	0	26	0	23	0	0	0	0	0	0	1	55
60023692	26/02/2014	0	14	0	11	1	11	0	0	0	0	0	0	1	36
14111639	08/04/2015	0	23	0	11	0	12	0	0	0	0	0	0	0	46
60010189	03/11/2011	3	15	4	24	0	9	0	0	0	0	0	0	7	48
55755911	23/09/2015	0	25	0	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0	35
14147421	03/02/2016	0	15	0	12	0	6	0	0	0	0	0	0	0	33
14017328	19/09/2012	0	16	1	18	0	14	0	0	0	0	0	0	1	48
4064197	10/4/2014	2	10	2	14	1	4	0	0	0	0	0	0	5	28
60021149	04/09/2013	13	17	2	7	4	5	0	0	0	0	0	0	19	29
2532089	12/05/2010	3	3	4	4	4	16	0	0	0	0	0	0	11	23
87000879	11/07/2013	0	14	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	19
13622663	15/01/2013	0	5	1	10	0	11	0	5	0	0	0	0	1	31
60021738	06/02/2014	0	16	0	10	0	17	0	0	0	0	0	0	0	43

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Curv ex.	Gde Curv ac.	Gde Curv ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Curv + Gde Curv ac.	Peq Curv + Gde Curv ex.	Peq Curv + Extra- Perig ac.	Peq Curv + Extra- Perig ex.	Gde Curv + Extra-Peri ac.	Gde Curv + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
14057848	18/02/2014	5	19	0	21	1	26	0	0	0	0	0	0	6	66
44140742	08/05/2014	0	15	1	16	0	7	0	0	0	0	0	0	1	38
13875366	26/08/2009	0	14	0	8	0	6	0	0	0	0	0	0	0	28
60031338	29/01/2015	1	1	3	34	0	20	0	0	0	0	0	0	4	55
90675172	16/11/2015	0	3	1	24	0	12	0	0	0	0	0	0	1	39
60019025	06/06/2013	0	7	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0	0	27
60002206	04/11/2009	0	1	0	14	0	31	0	0	0	0	0	0	0	46
60004841	11/08/2010	3	15	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	3	34
60023512	29/05/2014	1	13	0	18	0	5	0	0	0	0	0	0	1	36
60021961	27/11/2013	1	17	0	4	2	21	0	0	0	0	0	0	3	42
14032545	22/08/2013	3	18	1	22	5	17	0	0	0	0	0	0	9	57
13949990	08/07/2011	4	12	1	5	0	8	0	0	0	0	0	0	5	25
55543904	11/11/2015	0	14	0	13	0	5	0	0	0	0	0	0	0	32
60018674	10/07/2013	1	14	1	8	1	8	0	0	0	0	0	0	3	30
13882793	14/08/2009	0	26	0	13	0	10	0	0	0	0	0	0	0	49
60019264	21/08/2013	0	12	0	5	0	12	0	0	0	0	0	0	0	29
13834700	25/07/2013	0	38	0	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	62
60002037	10/12/2009	4	14	7	19	0	0	0	0	0	0	0	0	11	33
60024779	10/01/2014	6	26	7	39	1	6	0	0	0	0	0	0	14	71
14076540	06/05/2014	0	23	0	37	0	14	0	0	0	0	0	0	0	74
60013565	12/06/2012	0	15	0	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	32
90663042	15/10/2015	0	14	0	3	0	8	0	0	0	0	0	0	0	25
60034861	18/06/2015	6	11	10	19	0	14	0	0	0	0	0	0	16	44
5143102	12/05/2015	1	18	0	19	2	10	0	0	0	0	0	0	3	47
60012425	17/07/2012	10	14	5	32	16	44	0	0	0	0	0	0	31	90
90601837	13/08/2015	0	21	0	26	0	1	0	0	0	0	0	0	0	48
60015904	30/01/2013	17	20	16	31	5	11	0	0	0	0	0	0	38	62
14093673	27/05/2014	0	19	0	8	0	16	0	0	0	0	0	0	0	43
60011488	10/03/2012	2	31	2	15	1	18	0	0	0	0	0	0	5	64
13793746	15/07/2011	0	19	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
3251914	24/10/2012	1	15	2	26	0	13	0	0	0	0	0	0	3	54
60033994	10/06/2015	0	15	0	13	0	10	0	0	0	0	0	0	0	38
60022092	31/10/2013	1	44	0	11	1	39	0	0	0	0	0	0	2	94
60011004	29/12/2011	0	17	0	11	0	9	0	0	0	0	0	0	0	37
60012105	27/12/2011	1	6	4	9	0	23	0	0	0	0	0	0	5	38

RGHC	Data Cirurgia	Peq Curv ac.	Peq Cur ex.	Gde Cur ac.	Gde Cur ex.	Extra - Perig ac.	Extra - Perig ex.	Peq Cur + Gde Cur ac.	Peq Cur + Gde Cur ex.	Peq Cur + Extra- Perig ac.	Peq Cur + Extra- Perig ex.	Gde Cur + Extra-Peri ac.	Gde Cur + Extra-Peri ex.	LN Total acometidos	LN Total examinado s
13870989	23/11/2009	6	16	21	22	0	0	0	0	0	0	0	0	27	38
13932617	13/12/2011	0	8	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	20
13977744	22/03/2012	0	12	0	15	0	30	0	0	0	0	0	0	0	57
13993449	16/05/2013	7	18	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	8	27
60009043	20/07/2011	0	46	0	51	0	7	0	0	0	0	0	0	0	104
2571188	16/10/2013	0	4	0	6	0	11	0	0	0	0	0	0	0	21
60011625	15/03/2012	2	27	10	44	0	8	0	0	0	0	0	0	12	79
60023729	16/04/2014	6	24	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	7	28
13995498	05/12/2012	0	0	6	10	2	6	0	0	0	0	0	0	8	16
90678732	28/12/2015	5	15	6	12	2	24	0	0	0	0	0	0	13	51
60035202	12/08/2015	5	17	1	17	0	3	0	0	0	0	0	0	6	37
60009314	01/12/2011	0	34	0	18	0	2	0	0	0	0	0	0	0	54
13930861	18/11/2010	0	10	0	8	0	4	0	0	0	0	0	0	0	22
14069025	13/03/2015	0	50	2	12	2	23	0	0	0	0	0	0	4	85
5355264	10/09/2013	0	42	0	21	0	6	0	0	0	0	0	0	0	69
60011330	06/12/2011	0	31	0	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	40
60031017	10/11/2014	0	7	0	12	0	6	0	0	0	0	0	0	0	25

7.5 Anexo F - Tabelas estatísticas referente aos 284 pacientes selecionados para este estudo

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
90607762	M	25/01/1950	1	0	Não	T3	N2	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
5359112	M	7/9/1937	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	não	não	não
60025295	M	28/02/1941	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
60025241	M	5/25/1949	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	sim	não	não
60025568	M	11/25/1952	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	sim	não	não
60034689	M	5/4/1941	1	0	Não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
60005236	F	09/03/1970	3	0	não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	não	não	não
60011281	F	6/24/1947	3	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	sim	sim
2433763	M	7/5/1942	1	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	sim	não	não
60026359	F	1/20/1943	0	0	Não	T3	N0	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
60016513	F	5/28/1937	1	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Misto	G3: Pouco diferenciado	sim	não	sim
13975883	M	2/15/1932	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
14119566	M	11/15/1945	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	sim	sim	não
2056691	F	8/30/1944	0	0	Não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	não	sim	não
60007416	M	4/25/1937	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	sim	não	não
60010642	F	2/7/1958	0	0	Não	T2	N3a	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
60029610	M	2/12/1947	2	0	Não	T3	N1	IIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	sim	não	sim
13686269	M	10/17/1935	0	0	Não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	sim	não
60001966	M	3/27/1939	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	nao	nao	nao
14041674	M	5/25/1939	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
60016296	M	3/13/1951	1	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	não	não
60012467	M	6/2/1942	0	0	não	T3	N3b	IIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	não	não
60004669	M	2/1/1967	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	misto	G3: Pouco diferenciado	não	sim	sim
60005448	F	6/15/1968	0	0	Não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
13854076	F	1/31/1945	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	não	não	não
60025679	F	9/28/1938	0	0	Não	T3	N3b	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	sim	sim
14003216	M	1/10/1960	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	não	não
60010094	M	12/2/1945	0	0	Não	T4a	N1	IIIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	não	não	não
60017927	M	6/14/1957	2	0	não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
60013004	M	8/20/1947	0	0	não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	não	não	não
2054605	F	4/15/1944	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	sim	não	sim
60022282	M	10/11/1952	0	0	Não	T2	N0	IB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	não	sim	não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
13997924	M	11/7/1946	2	0	não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	sim	não
13831228	M	6/11/1952	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	sim	não
13912106	M	9/27/1941	0	0	Não	T1b	N1	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	não	sim
60031599	M	5/8/1942	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	sim	não
13938750	M	10/19/1953	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	não	não
60001896	M	5/20/1958	0	0	Não	T2	N1	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	não	não	não
60034860	M	1/6/1941	1	0	Não	T3	N3b	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	sim	não	não
13955716	F	10/9/1960	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	não	não	sim
60023501	F	1/28/1940	0	0	Não	T1b	N0	IA	Misto	G2: Moderadamente diferenciado	sim	não	não
3075205	M	1/1/1933	0	0	Não	T3	N2	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	não	sim
60018439	F	7/13/1946	0	0	Não	T4b	N2	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
13754527	M	5/16/1963	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	não	não	não
60028399	F	7/20/1949	3	0	Não	T3	N3a	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
89034305	M	3/20/1952	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60001576	M	9/25/1969	0	0	Não	T3	N1	IIIB	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60025922	M	18/06/1976	3	2	Sim	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
13964888	M	4/6/1937	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Não	Não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
60020172	M	6/3/1941	4	0	Não	T4b	N3a	IIIC	Misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
13998714	M	4/4/1952	0	0	não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Não	Não
60018088	M	8/9/1958	0	0	Não	T4b	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
13886348	M	9/24/1926	0	0	Não	T2	N0	IB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
14044917	F	12/11/1961	0	0	Não	T3	N3b	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Não	Não
60027338	F	07/04/1972	0	0	Não	T3	N3b	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
13888625	F	7/24/1959	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Não	Não	Não
60007202	F	12/15/1942	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Não	Não
2476823	F	4/28/1939	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Não	Não	Não
3348794	M	08/01/1974	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Não	Sim
60027843	M	6/2/1969	0	0	Não	T1b	N1	IB	Misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
13910954	F	6/30/1962	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Não	Não
60024268	F	6/27/1944	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
55550883	M	10/8/1940	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Sim	Sim
60014770	M	22/11/1977	1	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
13992667	M	9/10/1929	1	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parade Posterior
2680906	F	6/17/1961	2	2	Sim	T4b	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Não
13659965	M	17/08/1977	0	0	Não	T1a	N0	IA	Misto	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
60021143	M	8/7/1944	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	sim
14098456	M	8/10/1943	0	0	Não	T3	N3a	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	sim
60003246	M	4/26/1926	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
13897090	M	11/11/1949	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	sim
77112491	M	3/20/1940	0	0	Não	T4a	N1	IIIA	misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
13895902	M	7/9/1930	2	0	Não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
13919374	M	5/18/1961	0	0	não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
13734679	M	4/5/1935	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60032305	M	10/4/1936	3	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Não
14068459	M	5/24/1939	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60030954	M	11/22/1949	2	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
14141901	F	7/26/1938	2	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
90654205	M	9/27/1948	3	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
14065207	M	12/6/1935	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Sim	Não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
13938347	M	1/1/1942	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
60021649	M	7/6/1952	1	0	Não	T3	N2	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
13895211	M	8/13/1953	0	0	Não	T4b	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
60033207	M	6/5/1948	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
60009503	M	10/24/1949	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
90801895	F	04/03/1974	0	0	Não	T3	N3a	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
90751480	M	10/19/1951	2	0	Não	T2	N3a	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
55557571	M	10/10/1964	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
60030971	M	27/08/1972	0	0	Não	T4a	N0	IIB	Misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
14014164	M	9/12/1931	0	0	não	T3	N0	IIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
90754790	M	1/3/1937	2	0	Não	T4b	N0	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
33594875	F	10/16/1957	2	0	não	T3	N0	IIA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Sim	Não
13884765	F	8/14/1938	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
2756239	F	3/30/1942	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
3245360	F	9/10/1940	2	1	Sim	T4a	N2	IIIB	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
2700505	M	5/5/1942	1	0	Não	T2	N1	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
60016573	F	11/17/1957	0	0	Não	T1b	N1	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
60022351	F	8/19/1943	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
60023978	F	11/2/1952	0	0	Não	T3	N0	IIA	Misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
2992318	F	10/14/1948	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
2373625	F	6/5/1936	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
14016652	M	7/20/1955	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
13896097	M	2/12/1941	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
60033312	F	6/3/1963	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
13902783	M	6/29/1935	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	sim
60020326	F	8/28/1938	0	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
5186940	M	6/20/1943	0	0	Não	T1b	N0	IA	misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	sim
60022350	M	4/13/1936	0	0	Não	T2	N1	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	sim
55479768	M	4/18/1958	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
5146170	M		0	0	Não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
13805548	M	7/24/1957	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Sim	Não
60025989	M	6/12/1952	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
60030801	M	4/9/1962	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
13916705	M		1	0	não	T4a	N1	IIIB	difuso	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
13759051	M	4/10/1929	0	0	Não	T3	N1	IIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60023504	M	12/11/1960	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
60027600	M	9/9/1963	2	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
60017065	M	5/18/1946	0	0	Não	T3	N2	IIIA	misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
13891116	M	5/30/1945	0	0	Não	T1a	N2	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
5214188	M	4/4/1944	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
55508007	M	5/29/1934	0	0	Não	T2	N2	IIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60018449	M	12/8/1939	0	0	Não	T3	N2	IIIA	misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60013262	M	1/7/1955	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60029746	M	3/23/1959	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60017200	M	9/4/1937	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60014939	M	4/10/1945	1	0	não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
89048788	M	05/11/1929	0	0	Não	T3	N0	IIA	Misto	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
13960454	M	12/14/1943	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
13915211	M	3/25/1938	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
13963012	M	6/23/1959	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
13821324	M	12/25/1960	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
14015168	F	3/19/1957	0	0	Não	T2	N2	IIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
55406962	F	7/27/1938	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
14113960	F	2/15/1940	4	0	Não	T4a	N1	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
90665983	F	6/26/1950	0	0	Não	T3	N0	IIA	Misto	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
60000549	F	29/05/1976	0	0	Não	T2	N3a	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
60023363	M	11/22/1942	0	0	Não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60016744	F	9/26/1941	0	0	Não	T3	N3b	IIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60014670	M	7/5/1939	0	0	não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
55703223	M	11/15/1938	0	0	Não	T2	N0	IB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Não	Não
60027562	M	9/1/1948	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	sim
3235299	F	9/8/1935	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Não	Não
13906480	F	4/14/1936	0	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
60028921	M	10/6/1938	5	0	Não	T4b	N2	IIIC	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
60003499	F	7/15/1947	2	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60030108	M	5/20/1944	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60011264	F	11/01/1971	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
60020965	F	6/16/1936	6	0	Não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
60023164	F	18/07/1971	0	0	Não	T4a	N0	IIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
14018059	F	14/02/1975	1	0	não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60012605	F	5/17/1968	0	0	não	T1b	N0	IA	Misto (intestinal + difuso)	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
2780446	F	10/10/1969	0	0	Não	T3	N0	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Não
60011592	M	10/13/1963	0	0	Não	T3	N1	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60020116	M	10/26/1944	1	0	Não	T3	N0	IIA	misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
2969572	M	3/21/1948	0	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60018975	F	10/27/1955	2	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60026746	F	4/18/1958	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60004992	F	12/14/1943	0	0	Não	T4b	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
2854889	M	5/25/1957	0	0	Não	T4b	N0	IIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
13877060	M	4/2/1934	1	0	não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
13556217	F	5/20/1939	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Sim	Sim
90631825	F	2/22/1950	0	0	Não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
3250327	F	9/10/1950	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Não	Não
55760494	F	7/15/1948	0	0	Não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
3032903	F	3/25/1933	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Não
60025997	F	9/25/1960	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
60000744	F	12/9/1940	0	0	Não	T2	N0	IB	misto	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
14013558	F	10/13/1955	1	0	não	T4a	N2	IIIB	Difuso	G1: Bem diferenciado	Sim	Não	Não
60032383	F	3/27/1952	2	0	Não	T2	N1	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
13883753	F	12/24/1954	0	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
3370223	F	4/13/1950	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60004671	F	2/5/1964	0	0	Não	T4a	N2	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
14137562	F	24/07/1972	1	0	Não	T1b	N1	IB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60005916	F	10/11/1923	2	0	Não	T4a	N1	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60013995	F	9/1/1954	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
60021572	F	8/23/1937	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
60003499	F	7/15/1947	2	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60030108	M	5/20/1944	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60011264	F	11/01/1971	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
60020965	F	6/16/1936	6	0	Não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
60023164	F	18/07/1971	0	0	Não	T4a	N0	IIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
14018059	F	14/02/1975	1	0	não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60012605	F	5/17/1968	0	0	não	T1b	N0	IA	Misto (intestinal + difuso)	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
2780446	F	10/10/1969	0	0	Não	T3	N0	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Não
60011592	M	10/13/1963	0	0	Não	T3	N1	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60020116	M	10/26/1944	1	0	Não	T3	N0	IIA	misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
2969572	M	3/21/1948	0	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60018975	F	10/27/1955	2	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60026746	F	4/18/1958	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60004992	F	12/14/1943	0	0	Não	T4b	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
2854889	M	5/25/1957	0	0	Não	T4b	N0	IIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
13877060	M	4/2/1934	1	0	não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não

DADOS GERAIS				OMENTO			ESTADIAMENTO		ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
13875359	F	5/2/1938	0	0	Não	T3	N1	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
60018252	F	10/15/1965	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
60032106	F	3/5/1964	0	0	Não	T3	N3a	IIIB	Misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
13879566	F	4/7/1964	0	0	Não	T3	N3b	IIIB	Misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60016099	F	9/18/1947	0	0	não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
13448227	F	4/2/1954	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Não
60026068	F	11/29/1959	2	0	Não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
60003249	F	1/19/1942	0	0	Não	T4a	N0	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60013616	F	8/4/1939	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
13494097	M	3/4/1945	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60033334	F	19/07/1971	1	0	Não	T3	N0	IIA	Difuso	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
60011396	F	5/30/1939	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
2421035	M	6/30/1936	1	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Não	Sim
14047538	M	7/13/1964	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Não	Não
60032384	M	6/13/1953	0	0	Não	T3	N1	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60023692	M	2/4/1949	0	0	Não	T3	N1	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parade Posterior
14111639	F	25/08/1973	5	0	Não	T3	N0	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60010189	M	3/21/1947	0	0	Não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Não
55755911	M	4/6/1946	1	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Não	Sim
14147421	F	9/19/1940	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
14017328	F	10/2/1950	1	0	Não	T4a	N1	IIIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
4064197	M	10/30/1931	0	0	Não	T4a	N2	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60021149	M	9/10/1961	0	0	Não	T3	N3b	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
2532089	F	7/17/1959	0	0	Não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	sim	não	não
87000879	F	12/26/1954	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
13622663	M	4/24/1941	3	0	Não	T2	N1	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60021738	M	12/2/1947	0	0	Não	T3	N1	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
14057848	M	12/19/1963	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Sim
44140742	M	3/28/1956	0	0	Não	T3	N1	IIIB	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
13875366	F	7/16/1950	1	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Não	Não
60031338	M	11/13/1950	0	0	Não	T4b	N3a	IIIC	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
90675172	M	5/22/1958	0	0	Não	T1b	N1	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	N° LNs Omento-Dissecado	N° LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
60019025	F	9/18/1937	0	0	não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
60002206	M	4/3/1964	0	0	Não	T1a	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60004841	M	7/28/1954	0	0	Não	T2	N2	IIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60023512	M	12/6/1950	0	0	Não	T2	N1	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60021961	M	11/7/1951	0	0	Não	T2	N2	IIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
14032545	M	5/10/1951	3	0	Não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
13949990	M	10/14/1937	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
55543904	M	10/5/1952	0	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60018674	F	9/1/1947	2	0	não	T2	N2	IIB	Misto	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Não
13882793	M	4/11/1937	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
60019264	M	6/9/1929	0	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Sim
13834700	M	7/4/1957	3	0	Não	T2	N0	IIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
14076540	F	04/06/1972	0	0	Não	T2	N0	IB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60013565	M	2/19/1937	0	0	Não	T4a	N0	IIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Sim
90663042	F	10/12/1967	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
60034861	M	16/06/1972	0	0	Não	T3	N3b	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
5143102	F	5/20/1938	3	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G3: Pouco diferenciado	Sim	Sim	Não
60012425	F	9/28/1951	1	0	não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
90601837	M	4/25/1949	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60015904	M	7/18/1969	0	0	Não	T4a	N3b	IIIC	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
14093673	F	1/7/1956	1	0	Não	T3	N0	IIA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
60011488	M	10/26/1933	0	0	não	T4a	N2	IIIB	misto	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Sim	Sim
13793746	M	4/24/1937	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Sim	Sim
3251914	F	7/16/1949	0	0	não	T1a	N2	IIA	misto	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60033994	M	1/1/1952	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60022092	F	03/09/1971	0	0	Não	T4a	N1	IIIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60011004	M	6/1/1940	0	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
13870989	F	6/3/1968	0	0	Não	T1b	N3b	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
13932617	F	3/5/1945	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Sim	Sim	Sim
13977744	F	7/8/1929	0	0	Não	T1b	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Não	Sim	Sim
13993449	F	12/3/1946	2	0	Não	T1b	N3a	IIIB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60009043	F	1/21/1951	0	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Sim	Sim

DADOS GERAIS			OMENTO			ESTADIAMENTO			ANATOMOPATOLÓGICO				
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Nº LNs Omento-Dissecado	Nº LNs Omento - Acometidos	Acometido (omento)	T	N	EC	Tipo Histológico de Lauren	Grau Histológico (obs)	Pequena Curvatura	Grande Curvatura	Parede Posterior
2571188	F	1/20/1945	1	0	Não	T1a	N0	IA	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60011625	F	2/19/1931	0	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60023729	M	10/3/1949	0	0	Não	T3	N3a	IIIB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
90678732	M	12/20/1966	1	0	Não	T4a	N3a	IIIC	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60035202	F	10/8/1963	0	0	Não	T1a	N2	IIA	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Sim	Não	Não
60009314	F	10/18/1929	0	0	Não	T1b	N0	IA	misto	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
13930861	M	2/14/1942	0	0	Não	T2	N0	IB	Intestinal	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
14069025	M	10/28/1952	0	0	Não	T3	N2	IIIA	Intestinal	G1: Bem diferenciado	Não	Sim	Sim
5355264	M	4/6/1956	0	0	Não	T2	N0	IB	Difuso	G3: Pouco diferenciado	Não	Sim	Sim
60011330	M	9/30/1962	0	0	Não	T1b	N0	IA	misto	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não
60031017	F	3/11/1953	1	0	Não	T1b	N0	IA	Difuso	G2: Moderadamente diferenciado	Sim	Não	Não

DADOS GERAIS				ANATOMOPATOLÓGICO							NEOADIUVÂNCIA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
90607762	M	25/01/1950	não	não	Distal	5,2	3	não	não	sim	não	não
5359112	M	7/9/1937	não	não	Distal	0,9	não	não	não	não	sim	não
60025295	M	28/02/1941	não	não	Distal	2	3	sim	sim	sim	não	não
60025241	M	5/25/1949	não	não	Distal	4	4	sim	sim	sim	sim	não
60025568	M	11/25/1952	não	não	Distal	2,7	não	não	não	não	não	Sim
60034689	M	5/4/1941	não	não	Medial	2	3	sim	sim	sim	sim	não
60005236	F	09/03/1970	não	não	Distal	0,9	não	não	não	não	sim	não
60011281	F	6/24/1947	não	não	Medial	2	4	não	não	sim	sim	não
2433763	M	7/5/1942	não	não	Proximal	5,3	3	sim	sim	sim	sim	não
60026359	F	1/20/1943	não	não	Distal	9	1	sim	sim	não	sim	não
60016513	F	5/28/1937	não	não	Distal	3,5	3	sim	não	sim	Sim	não
13975883	M	2/15/1932	não	não	Medial	5	3	sim	sim	sim	não	Sim
14119566	M	11/15/1945	Sim	não	Medial	10	2	sim	sim	sim	não	não
2056691	F	8/30/1944	não	não	Distal	5	4	não	não	não	sim	não
60007416	M	4/25/1937	não	não	Distal	10	4	não	não	não	sim	não
60010642	F	2/7/1958	não	não	Medial	5	2	sim	não	sim	sim	não
60029610	M	2/12/1947	não	não	Distal	8,3	3	não	não	não	não	Sim
13686269	M	10/17/1935	Sim	não	Distal	7	3	sim	sim	sim	não	não
60001966	M	3/27/1939	nao	sim	Proximal	2,3	3	sim	nao	sim	não	não
14041674	M	5/25/1939	não	não	Distal	11,5	4	sim	não	não	sim	Sim
60016296	M	3/13/1951	não	não	Proximal	4,5	3	sim	sim	sim	sim	Sim
60012467	M	6/2/1942	não	não	Distal	7	3	sim	sim	não	não	não
60004669	M	2/1/1967	sim	não	Distal	4,1	4	sim	não	sim	sim	não
60005448	F	6/15/1968	não	não	proximal	0,5	não	não	não	não	sim	não
13854076	F	1/31/1945	não	sim	Distal	7,5	2	não	não	não	não	não
60025679	F	9/28/1938	sim	não	Distal	12	4	sim	sim	não	sim	não
14003216	M	1/10/1960	não	não	Proximal	1,8	1	não	não	não	sim	não
60010094	M	12/2/1945	não	não	Distal	5	4	sim	não	não	sim	Sim
60017927	M	6/14/1957	não	não	Distal	5,5	4	sim	sim	sim	não	não
60013004	M	8/20/1947	não	não	Distal	2	1	sim	não	não	sim	não
2054605	F	4/15/1944	sim	não	Distal	4,8	2	não	não	não	não	Sim
60022282	M	10/11/1952	sim	não	Distal	3,5	4	sim	sim	não	não	não
13997924	M	11/7/1946	não	não	Distal	4	3	sim	sim	não	sim	não
13831228	M	6/11/1952	não	não	Medial	2,5	não	não	não	não	sim	não
13912106	M	9/27/1941	não	não	Distal	4	2	sim	não	não	sim	não

DADOS GERAIS			ANATOMOPATOLÓGICO							NEOADIUVÂNCIA		
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
60031599	M	5/8/1942	não	não	Distal	5	2	não	não	não	sim	não
13938750	M	10/19/1953	não	não	Distal	2	não	não	não	não	sim	não
60001896	M	5/20/1958	não	não	Proximal	14,5	4	não	não	sim	não	não
60034860	M	1/6/1941	não	não	Distal	4,5	3	sim	sim	sim	não	não
13955716	F	10/9/1960	não	não	Medial	6	4	sim	sim	sim	sim	não
60023501	F	1/28/1940	não	não	Medial	3,3	1	sim	sim	não	sim	não
3075205	M	1/1/1933	sim	sim	Proximal	4,8	3	sim	sim	sim	não	Sim
60018439	F	7/13/1946	não	não	Distal	6	3	sim	sim	sim	sim	Sim
13754527	M	5/16/1963	não	sim	Distal	4,5	2	sim	sim	sim	Não	Não
60028399	F	7/20/1949	Não	Não	Proximal	5	2	Não	Não	Sim	Sim	Sim
89034305	M	3/20/1952	Não	Não	Distal	6,5	2	Sim	Sim	Sim,	Sim	Não
60001576	M	9/25/1969	Não	Não	Distal	5,5	2	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
60025922	M	18/06/1976	Não	Não	Proximal	11	4	sim	sim	sim	Sim	Não
13964888	M	4/6/1937	Não	Não	Proximal	2,2	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60014825	M	10/9/1950	Não	Não	Proximal	5,5	2	sim	Não	Sim	Não	Não
60026332	M	8/14/1949	Não	sim	Proximal	7	4	Sim	Sim	Não	Não	Sim
60026345	M	9/1/1954	Não	Não	Distal	6,5	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não
90766747	M	22/04/1980	Não	Não	Distal	3,5	3	Sim	Não	Não	Não	Não
60004207	M	1/4/1938	Não	Não	Distal	5,3	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
60004624	M	12/28/1942	Sim	Sim	Distal	2,5	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60008539	F		Não	Não	Medial	5,5	3	Não	Não	Não	Não	Sim
60028613	F	11/12/1955	Não	Sim	Distal	4,5	4	Sim	Sim	Não	Não	Não
13667698	F	6/28/1945	Sim	Não	Distal	2,3	3	Sim	Não	Não	Não	Não
60026894	M	5/22/1946	Não	Não	Distal	5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60018531	M	3/7/1948	Sim	Não	Distal	0,6	4	Não	Não	Não	Sim	Não
13761786	F	8/8/1961	Sim	Não	Distal	1,2	3	Não	Não	Não	Não	Não
90598356	F	8/1/1934	Não	Não	Distal	5,3	3	sim	sim	sim	sim	Sim
60020050	M	25/12/1972	Não	Não	Distal	2,5	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não
60009639	M	06/07/1985	Não	Não	Distal	4,5	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60008582	M	06/01/1971	Não	Não	Distal	6	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60020172	M	6/3/1941	Sim	Sim	Distal	5,5	2	Sim	Não	Sim	Sim	Não
13998714	M	4/4/1952	Sim	Não	Distal	2,1	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60018088	M	8/9/1958	Sim	Não	Medial	13	2	Sim	Sim	Não	Sim	Não
13886348	M	9/24/1926	Não	Não	Proximal	2,8	1	Não	Não	Não	Não	Não
14044917	F	12/11/1961	Não	Sim	Distal	6,2	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não

DADOS GERAIS				ANATOMOPATOLÓGICO						NEOADIUVÂNCIA		
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
60027338	F	07/04/1972	Não	Não	Distal	4,5	4	Não	Não	Não	Não	Não
13888625	F	7/24/1959	Não	Não	Proximal	4	3	Não	Não	Não	Não	Não
60007202	F	12/15/1942	Não	Não	Distal	3	1	Não	Não	Não	Não	Não
2476823	F	4/28/1939	Sim	Não	Medial	2,2	3	Não	Não	Não	Não	Não
3348794	M	08/01/1974	Não	Não	Distal	2,5	2	Não	Não	Não	Não	Não
60027843	M	6/2/1969	Não	Não	Distal	3	3	Sim	Sim	Não	Não	Não
13910954	F	6/30/1962	Não	Não	Distal	7,3	4	Não	Não	Não	Não	Não
60024268	F	6/27/1944	Não	Não	Distal	4,2	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não
55550883	M	10/8/1940	Não	Não	Distal	1,8	1	Não	Não	Não	Sim	Não
60014770	M	22/11/1977	Não	Não	Distal	5,5	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não
13992667	M	9/10/1929	Não	Não	Medial	7	3	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
2680906	F	6/17/1961	Sim	Não	Proximal	9	4	Sim	Não	Sim	Sim	não
13659965	M	17/08/1977	Sim	Não	Medial	1,4	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60021143	M	8/7/1944	Sim	Não	Distal	7,9	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
14098456	M	8/10/1943	Não	Não	Medial	8,5	3	Sim	Sim	Não	Não	Sim
60003246	M	4/26/1926	Sim	Não	Proximal	4	3	Sim	Não	Não	Não	Não
13897090	M	11/11/1949	Sim	Sim	Distal	6	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não
77112491	M	3/20/1940	Não	Não	Medial	2	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
13895902	M	7/9/1930	Sim	Sim	Difuso	4,5	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
13919374	M	5/18/1961	Sim	Não	Distal	2,2	2	Não	Não	Não	Sim	Não
13734679	M	4/5/1935	Sim	Não	Proximal	0,7	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60032305	M	10/4/1936	Sim	Sim	Medial	10,5	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não
14068459	M	5/24/1939	Sim	Sim	Distal	5,5	2	Não	Não	Sim	Sim	Não
60030954	M	11/22/1949	Sim	Não	Medial	4,5	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não
14141901	F	7/26/1938	Não	Não	Medial	7	1	Sim	Não	Não	Sim	Sim
90654205	M	9/27/1948	Sim	Não	Distal	4,5	3	Não	Não	Não	Sim	Não
14065207	M	12/6/1935	Sim	Não	Medial	7,7	1	Não	Não	Não	Sim	Sim
13938347	M	1/1/1942	Sim	Não	Distal	2	3	Não	Não	Não	sim	Sim
60021649	M	7/6/1952	Não	Não	Proximal	5,6	4	Não	Não	Não	Não	Não
13895211	M	8/13/1953	Sim	Não	Distal	12	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
60033207	M	6/5/1948	Não	Não	Distal	4,5	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
60009503	M	10/24/1949	Sim	Sim	Difuso	12	4	sim	sim	Sim	Não	Sim
90801895	F	04/03/1974	Não	Sim	Distal	7	4	sim	Não	Sim	Sim	Não
90751480	M	10/19/1951	Não	Sim	Distal	5,3	3	Não	Não	Não	Sim	Não
55557571	M	10/10/1964	Não	Sim	Distal	6,5	4	Sim	Não	Sim	Sim	Não

DADOS GERAIS				ANATOMOPATOLÓGICO							NEOADIUVÂNCIA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
60030971	M	27/08/1972	Não	Não	Medial	5,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
14014164	M	9/12/1931	Não	Não	Distal	8	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não
90754790	M	1/3/1937	Não	Não	Proximal	5,5	3	Não	Não	Sim	Não	Não
33594875	F	10/16/1957	Sim	Não	Distal	3,5	2	Sim	Não	Não	Sim	Não
13884765	F	8/14/1938	Sim	Não	Medial	2	2	Sim	Não	Sim	Sim	Não
2756239	F	3/30/1942	Sim	Não	Distal	0,5	não	Não	Não	Não	Sim	Não
3245360	F	9/10/1940	Sim	Não	Distal	10	2	Sim	Sim	Não	Não	Não
2700505	M	5/5/1942	Sim	Não	Proximal	4	2	Não	Não	Não	Sim	Sim
60016573	F	11/17/1957	Não	Não	Distal	2,1	1	Não	Não	Não	Sim	Não
60022351	F	8/19/1943	Não	Sim	Distal	6	3	Sim	Não	Não	Sim	Não
60023978	F	11/2/1952	Sim	Não	Distal	10,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
2992318	F	10/14/1948	Sim	Não	Proximal	3	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não
2373625	F	6/5/1936	Não	Não	Distal	4	1	Sim	Não	Não	Sim	Não
14016652	M	7/20/1955	Não	Não	Distal	4,8	3	Não	Não	Não	Não	Sim
13896097	M	2/12/1941	Sim	Não	Distal	5	2	Sim	Não	Não	Não	Sim
60033312	F	6/3/1963	Sim	Não	Distal	2	não	Não	Não	Não	Sim	Não
13902783	M	6/29/1935	Não	Não	Distal	6,5	4	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
60020326	F	8/28/1938	Sim	Não	Medial	3,5	3	Não	Não	Não	Não	Não
5186940	M	6/20/1943	Não	Não	Medial	1,5	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60022350	M	4/13/1936	Não	Não	Distal	2	3	Não	Não	Não	Não	Não
55479768	M	4/18/1958	Sim	Sim	Distal	3,5	3	Sim	Não	Não	Não	Sim
5146170	M		Sim	Sim	Proximal	4,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
13805548	M	7/24/1957	Sim	Não	Distal	4	1	Não	Não	Não	Não	Não
60025989	M	6/12/1952	Sim	Não	Proximal	5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60030801	M	4/9/1962	Sim	Não	Distal	6	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
13916705	M		Não	Não	Distal	2	4	Não	Não	Sim	Não	Não
13759051	M	4/10/1929	Sim	Sim	Proximal	5,5	3	Não	Não	Sim	Não	Não
60023504	M	12/11/1960	Sim	Não	Medial	8,5	4	Sim	sim	Sim	Não	Não
60027600	M	9/9/1963	Sim	Não	Distal	12,5	3	Não	Não	Sim	Não	Não
60017065	M	5/18/1946	Não	Não	Proximal	4,2	3	Não	Não	Sim	Não	Não
13891116	M	5/30/1945	Não	Não	Distal	11,5	4	Sim	Não	Sim	Sim	Não
5214188	M	4/4/1944	Não	Não	Distal	2,2	2	Não	Não	Não	Sim	Não
55508007	M	5/29/1934	Sim	Não	Proximal	10	1	Não	Não	Sim	Sim	Não
60018449	M	12/8/1939	Sim	Não	Distal	4,3	3	sim	Não	Sim	Sim	Não
60013262	M	1/7/1955	Sim	Sim	Distal	2,7	3	sim	Não	Sim	Sim	Não

DADOS GERAIS				ANATOMOPATOLÓGICO						NEOADIUVÂNCIA		
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
60029746	M	3/23/1959	Sim	Não	Medial	2,5	2	Não	Não	Não	Não	Não
60017200	M	9/4/1937	Sim	Não	Distal	3,5	3	Não	Não	Não	Sim	Sim
60014939	M	4/10/1945	Sim	Sim	Distal	3,6	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não
89048788	M	05/11/1929	Sim	Não	Medial	5	2	Não	Não	Sim	Sim	Sim
13960454	M	12/14/1943	Sim	Sim	Distal	3,2	4	Sim	Não	sim	Sim	Não
13915211	M	3/25/1938	Não	Não	Distal	6	2	Não	Não	Sim	Sim	Não
13963012	M	6/23/1959	Sim	Não	Distal	1,3	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
13821324	M	12/25/1960	Não	Não	Distal	2,5	2	Sim	Não	Não	Sim	Não
14015168	F	3/19/1957	Sim	Sim	Distal	3,3	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
55406962	F	7/27/1938	Sim	Não	Medial	2	3	Sim	Não	Não	Sim	Não
14113960	F	2/15/1940	Não	Não	Distal	5,5	3	Não	Não	Sim	Não	Não
90665983	F	6/26/1950	Não	Não	Medial	4,2	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60000549	F	29/05/1976	Não	Não	Medial	9	4	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
60023363	M	11/22/1942	Sim	Não	Proximal	4,1	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60016744	F	9/26/1941	Não	Não	Distal	4,5	3	Não	Não	Sim	Não	Não
60014670	M	7/5/1939	Não	Não	Medial	2,3	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
55703223	M	11/15/1938	Não	sim	Proximal	3,5	2	Não	Não	Não	Sim	Não
60027562	M	9/1/1948	Sim	Não	Distal	11	2	Sim	Não	Não	Sim	Não
3235299	F	9/8/1935	Sim	Não	Distal	2,4	1	Não	Não	Não	Sim	Não
13906480	F	4/14/1936	Sim	Não	Distal	5,2	1	Não	Não	Não	Sim	Não
60028921	M	10/6/1938	Sim	Não	Difuso	13	2	Sim	Não	Sim	Não	Não
60003499	F	7/15/1947	Sim	Não	Proximal	2,5	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não
60030108	M	5/20/1944	Sim	Sim	Distal	8,7	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60011264	F	11/01/1971	Sim	Sim	Proximal	9	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
60020965	F	6/16/1936	Não	Não	Distal	3	2	Não	Não	Não	Sim	Não
60023164	F	18/07/1971	Sim	Não	Medial	3,7	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
14018059	F	14/02/1975	Não	Não	Difuso	8	3	Não	Não	Sim	Não	Não
60012605	F	5/17/1968	Não	N	Distal	2	3	Não	Não	Não	Não	Não
2780446	F	10/10/1969	Sim	Sim	Distal	3,3	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
60011592	M	10/13/1963	Sim	Sim	Proximal	4,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60020116	M	10/26/1944	Não	N	Medial	3,3	3	Não	Não	Não	Não	Não
2969572	M	3/21/1948	Sim	Não	Distal	0,9	3	Não	Não	Não	Não	Não
60018975	F	10/27/1955	Não	Não	Distal	1,8	4	Não	Não	Não	Não	Sim
60026746	F	4/18/1958	Sim	Não	Distal	2	2	Sim	Não	Sim	Não	Não
60004992	F	12/14/1943	Sim	Não	Medial	9	4	Sim	Não	Sim	Não	Não

DADOS GERAIS				ANATOMOPATOLÓGICO						NEOADIUVÂNCIA		
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
2854889	M	5/25/1957	Sim	Não	Medial	1,5	3	Não	Não	Não	Não	Sim
13877060	M	4/2/1934	Sim	Não	Difuso	14,5	2	Não	Não	Não	Não	Não
60001542	M	15/04/1974	Sim	Não	Distal	5,3	4	Sim	Não	Sim	Sim	Não
60030098	F	09/05/1970	Sim	Não	Distal	7,7	2	Sim	Sim	Sim	Não	Não
13937729	F		Não	Distal	3	2	Não	Não	Não	Não	Não	Não
60024378	F	1/10/1948	Sim	Não	Medial	3,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60021252	F	1/2/1954	Sim	Não	Distal	5,3	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60032107	F	9/29/1964	Não	Não	Medial	3,2	2	Não	Não	Não	Não	Não
60024363	F	1/6/1954	Não	Não	Medial	2,7	1	Não	Não	Não	Sim	Não
13981384	F	2/26/1956	Sim	Não	Proximal	13	2	Sim	Não	Sim	Não	Não
3170123	F	5/17/1954	Sim	Não	Distal	1,5	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60023952	F	10/16/1968	Sim	Não	Distal	1,5	4	Não	Não	Não	Não	Não
3213329	F	12/8/1959	Sim	Não	Distal	2,5	2	Não	Não	Não	Não	Não
60035554	F	10/25/1958	Sim	Não	Distal	4,5	2	Não	Não	Sim	Não	Não
13875999	F	4/3/1950	Sim	Não	Distal	11	3	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
2908968	F	11/5/1954	Sim	Não	Distal	1,3	4	Sim	Não	Sim	Sim	Não
2299204	F	5/29/1954	Sim	Não	Medial	10,5	2	Sim	Sim	Sim	Não	Não
13787714	F	9/7/1955	Não	Não	Distal	5	3	Sim	Sim	Sim	Não	Não
13556217	F	5/20/1939	Não	Não	Distal	2	3	Não	Não	Não	Não	Não
90631825	F	2/22/1950	Sim	Não	Distal	5,2	4	Não	Não	Não	Não	Não
3250327	F	9/10/1950	Sim	Não	Medial	4,5	3	Não	Não	Não	Sim	Não
55760494	F	7/15/1948	Sim	Não	Distal	2	1	Não	Não	Não	Sim	Não
3032903	F	3/25/1933	Sim	Sim	Distal	10	3	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
60025997	F	9/25/1960	Sim	Sim	Distal	5,5	4	Não	Não	Não	Não	Não
60000744	F	12/9/1940	Sim	Não	Distal	3	3	indeterminado	indeterminado	indeterminado	Sim	Sim
14013558	F	10/13/1955	Sim	Não	Distal	3,5	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
60032383	F	3/27/1952	Sim	Não	Distal	3,8	2	Sim	Não	Sim	Não	Não
13883753	F	12/24/1954	Sim	Sim	Distal	5,5	3	Não	Não	Não	Não	Não
3370223	F	4/13/1950	Sim	Não	Distal	9	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não
60004671	F	2/5/1964	Sim	Não	Distal	3	4	Não	Não	Sim	Sim	Não
14137562	F	24/07/1972	Sim	Não	Distal	2,5	1	Sim	Não	Não	Não	Não
60005916	F	10/11/1923	Sim	Sim	Distal	7,6	4	Não	Não	Sim	Sim	Não
60013995	F	9/1/1954	Sim	Sim	Distal	4,7	3	Não	Sim	Sim	Não	Não
60021572	F	8/23/1937	Sim	Não	Distal	5	3	Sim	Não	Não	Não	Não
3875359	F	5/2/1938	Não	Não	Distal	5	3	Sim	Não	Não	Sim	Não

DADOS GERAIS				ANATOMOPATOLÓGICO						NEOADIUVÂNCIA		
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
60018252	F	10/15/1965	Não	Não	Distal	1,9	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60032106	F	3/5/1964	Sim	Não	Distal	1,1	3	Não	Não	Sim	Não	Não
13879566	F	4/7/1964	Não	Sim	Distal	3,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60016099	F	9/18/1947	Sim	Não	Proximal	5,5	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
13448227	F	4/2/1954	Não	Sim	Distal	7	4	Não	Não	Sim	Não	Não
60026068	F	11/29/1959	Sim	Não	Medial	8	4	Não	Não	Sim	Não	Não
60003249	F	1/19/1942	Sim	Não	Medial	3,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60013616	F	8/4/1939	Sim	Não	Distal	8	3	Sim	Não	Não	Sim	Não
13494097	M	3/4/1945	Sim	Não	Difuso	7	4	S	Não	Sim	Sim	Não
60033334	F	19/07/1971	Sim	Não	Distal	7	4	Não	Não	Não	Não	Não
60011396	F	5/30/1939	Sim	Não	Distal	2	3	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
2421035	M	6/30/1936	Sim	Não	Medial	3,7	4	Não	Não	Não	Sim	Não
14047538	M	7/13/1964	Não	Sim	Distal	2,7	3	Não	Não	Não	Não	Sim
60032384	M	6/13/1953	Sim	Não	Distal	5,5	2	Não	Não	Sim	Sim	Sim
60023692	M	2/4/1949	Não	Não	Distal	4,3	3	Não	Não	Não	Não	Sim
14111639	F	25/08/1973	Sim	Não	Distal	3,2	3	Não	Não	Não	Não	Sim
60010189	M	3/21/1947	Sim	Não	Medial	10,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
55755911	M	4/6/1946	Sim	Não	Distal	2,5	2	Não	Não	Não	Não	Não
14147421	F	9/19/1940	Não	Não	Distal	4	1	Sim	Não	Não	Não	Não
14017328	F	10/2/1950	Não	Não	Distal	5,5	3	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
4064197	M	10/30/1931	Sim	Não	Distal	5	1	Não	Não	Sim	Sim	Não
60021149	M	9/10/1961	Sim	Não	Distal	3,3	3	Não	Não	Sim	Não	Não
2532089	F	7/17/1959	não	Não	Medial	1	3	Sim	Não	Não	Não	Não
87000879	F	12/26/1954	Sim	Não	Distal	3,5	1	Sim	Não	Não	Sim	Não
13622663	M	4/24/1941	Sim	Não	Distal	8,5	2	Não	Não	Não	Sim	Não
60021738	M	12/2/1947	Sim	Sim	Proximal	5	3	Não	Não	Sim	Não	Sim
14057848	M	12/19/1963	Não	Não	Medial	4	4	Sim	Não	Sim	Não	Sim
44140742	M	3/28/1956	Sim	Não	Medial	13	3	Sim	Não	Sim	Não	Sim
13875366	F	7/16/1950	Sim	Não	Medial	0,6	não	Não	Não	Não	Não	Não
60031338	M	11/13/1950	Sim	Não	Distal	11	2	Sim	Não	Sim	Não	Não
90675172	M	5/22/1958	Sim	Não	Distal	5	1	Não	Não	Não	Não	Não
60019025	F	9/18/1937	Sim	Não	Distal	2,3	2	Sim	Não	Não	Sim	Não
60002206	M	4/3/1964	Não	Não	Distal	1,2	3	Não	Não	Não	Não	Não
60004841	M	7/28/1954	Sim	Não	Distal	2,5	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
60023512	M	12/6/1950	Sim	Não	Distal	0,5	2	Não	Não	Não	Sim	Sim

DADOS GERAIS				ANATOMOPATOLÓGICO							NEOADIUVÂNCIA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
60021961	M	11/7/1951	Não	Não	Distal	7	4	Sim	Não	Não	Sim	Não
14032545	M	5/10/1951	Não	Não	Distal	4	2	Sim	Não	Não	Não	Não
13949990	M	10/14/1937	Sim	Não	Proximal	5,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Sim
55543904	M	10/5/1952	Não	Não	Distal	3,5	1	Não	Não	Não	Não	Não
60018674	F	9/1/1947	Sim	Não	Medial	2,8	2	Sim	Não	Sim	Não	Não
13882793	M	4/11/1937	Sim	Não	Distal	9,3	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
60019264	M	6/9/1929	Sim	Não	Distal	8,5	3	Sim	Não	Não	Não	Não
13834700	M	7/4/1957	Sim	Sim	Distal	3,5	3	Sim	Não	Não	Não	Não
14076540	F	04/06/1972	Não	N	Medial	2,5	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
60013565	M	2/19/1937	Sim	Sim	Distal	13,5	3	Não	Não	Sim	Sim	Não
90663042	F	10/12/1967	Sim	Sim	Distal	2,5	4	Não	Não	Não	Não	Não
60034861	M	16/06/1972	Não	N	Medial	8,5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
5143102	F	5/20/1938	Sim	Sim	Distal	7	2	Não	Não	Sim	Não	Não
60012425	F	9/28/1951	Não	N	Distal	5,2	4	Não	Não	Sim	Sim	Não
90601837	M	4/25/1949	Sim	Não	Distal	1,5	3	Sim	Não	Não	Não	Não
60015904	M	7/18/1969	Sim	Não	Medial	5	3	Sim	Não	Sim	Não	Não
14093673	F	1/7/1956	Sim	Não	Medial	10,5	2	Não	Não	Não	Não	Não
60011488	M	10/26/1933	Sim	Sim	Distal	4	4	Sim	Não	Sim	Não	Não
13793746	M	4/24/1937	Sim	Sim	Distal	2,4	não	Não	Não	Não	Sim	Sim
3251914	F	7/16/1949	Sim	Não	Distal	6	1	Não	Não	Não	Sim	Não
60033994	M	1/1/1952	Sim	Não	Proximal	1,2	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60022092	F	03/09/1971	Não	Não	Distal	6	1	Não	Não	Não	Não	Não
60011004	M	6/1/1940	Sim	Não	Distal	2,3	2	Não	Não	Não	Sim	Não
13870989	F	6/3/1968	Não	Não	Distal	2,4	3	Não	Não	Não	Não	Não
13932617	F	3/5/1945	Sim	Sim	Proximal	2	1	Não	Não	Não	Não	Não
13977744	F	7/8/1929	Não	Não	Distal	1	1	Não	Não	Não	Não	Não
13993449	F	12/3/1946	Não	Não	Distal	2,2	2	Não	Não	Sim	Sim	Não
60009043	F	1/21/1951	Não	Não	Medial	3,2	1	Não	Não	Não	Não	Não
2571188	F	1/20/1945	Sim	Não	Medial	1	2	Não	Não	Não	Não	Não
60011625	F	2/19/1931	Sim	Não	Distal	4,1	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não
60023729	M	10/3/1949	Sim	Não	Distal	3,6	3	Não	Não	Sim	Não	Não
90678732	M	12/20/1966	Sim	Não	Distal	5,3	2	Sim	Não	Sim	Não	Não
60035202	F	10/8/1963	Sim	Não	Medial	2	4	Não	Não	Não	Sim	Não
60009314	F	10/18/1929	Não	Não	Distal	3,5	3	Sim	Não	Não	Sim	Não
13930861	M	2/14/1942	Sim	Não	Proximal	1,9	3	Sim	Não	Sim	Sim	Não

DADOS GERAIS			ANATOMOPATOLÓGICO								NEOADIUVÂNCIA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Parede Anterior	Circunferencial	Localização (porção)	Tamanho (cm)	Borrmann	Invasão linfática	Invasão venosa	Invasão perineural	Metaplasia Intestinal	Tratamento Neoadjuvante
14069025	M	10/28/1952	Não	Não	Distal	4	3	Não	Não	Sim	Não	Não
5355264	M	4/6/1956	Não	Não	Distal	2,5	2	Sim	Não	Não	Não	Não
60011330	M	9/30/1962	Sim	Não	Distal	4,5	3	Não	Não	Não	Sim	Não
60031017	F	3/11/1953	Sim	Não	Distal	1	3	Sim	Não	Não	Sim	Não

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA						LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIVÊNCIA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
90607762	M	25/01/1950	não	20/08/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	18/10/2016	A - sem evidência de doença
53591112	M	7/9/1937	não	01/09/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/09/2013	E - perda de seguimento
60025295	M	28/02/1941	não	20/02/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	21/06/2015	F - óbito
60025241	M	5/25/1949	não	13/03/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença
60025568	M	11/25/1952	não	26/02/2015	não	não	não	não	não	não	não	não	14/06/2016	A - sem evidência de doença
60034689	M	5/4/1941	não	18/06/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	18/10/2016	A - sem evidência de doença
60005236	F	09/03/1970	não	28/03/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	17/05/2016	A - sem evidência de doença
60011281	F	6/24/1947	não	06/11/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/10/2016	A - sem evidência de doença
2433763	M	7/5/1942	não	08/05/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	11/03/2014	F - óbito
60026359	F	1/20/1943	não	22/05/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	26/10/2016	A - sem evidência de doença
60016513	F	5/28/1937	não	14/11/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	30/11/2016	A - sem evidência de doença
13975883	M	2/15/1932	não	03/07/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	17/04/2016	F - óbito
14119566	M	11/15/1945	não	19/02/2015	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	29/08/2015	E - perda de seguimento
2056691	F	8/30/1944	não	10/02/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/09/2016	A - sem evidência de doença
60007416	M	4/25/1937	não	15/06/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
60010642	F	2/7/1958	não	08/11/2011	não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	07/12/2013	F - óbito
60029610	M	2/12/1947	não	21/01/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/10/2016	A - sem evidência de doença
13686269	M	10/17/1935	não	07/05/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/11/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA		DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio Regional	Loco-Regional	Anastomose-Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60001966	M	3/27/1939	não	27/11/2009	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	16/09/2011	F - óbito
14041674	M	5/25/1939	não	11/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	01/11/2016	A - sem evidência de doença
60016296	M	3/13/1951	não	15/01/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	05/07/2016	A - sem evidência de doença
60012467	M	6/2/1942	não	15/02/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/09/2016	A - sem evidência de doença
60004669	M	2/1/1967	não	25/08/2010	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	09/09/2011	F - óbito
60005448	F	6/15/1968	não	18/10/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/12/2016	A - sem evidência de doença
13854076	F	1/31/1945	não	05/11/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	16/12/2016	A - sem evidência de doença
60025679	F	9/28/1938	não	18/03/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	20/12/2016	A - sem evidência de doença
14003216	M	1/10/1960	não	02/04/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/10/2016	A - sem evidência de doença
60010094	M	12/2/1945	não	28/02/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/11/2016	A - sem evidência de doença
60017927	M	6/14/1957	não	13/12/2012	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	13/01/2015	F - óbito
60013004	M	8/20/1947	não	16/03/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
2054605	F	4/15/1944	não	29/10/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/12/2016	A - sem evidência de doença
60022282	M	10/11/1952	não	30/10/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	26/01/2016	A - sem evidência de doença
13997924	M	11/7/1946	não	10/07/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença
13831228	M	6/11/1952	não	23/04/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/12/2016	A - sem evidência de doença
13912106	M	9/27/1941	não	22/04/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
60031599	M	5/8/1942	não	16/04/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/04/2015	F - óbito

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA						LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intra-hosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
13938750	M	10/19/1953	não	18/12/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	09/12/2016	A - sem evidência de doença
60001896	M	5/20/1958	não	24/09/2009	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	10/12/2012	F - óbito
60034860	M	1/6/1941	não	25/06/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	24/10/2016	A - sem evidência de doença
13955716	F	10/9/1960	não	09/05/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/01/2017	A - sem evidência de doença
60023501	F	1/28/1940	não	15/01/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	28/01/2014	F - óbito
3075205	M	1/1/1933	Sim	03/01/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/12/2016	F - óbito
60018439	F	7/13/1946	não	18/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
13754527	M	5/16/1963	Não	27/01/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/10/2016	A - sem evidência de doença
60028399	F	7/20/1949	Não	07/08/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
89034305	M	3/20/1952	Não	30/11/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/09/2016	A - sem evidência de doença
60001576	M	9/25/1969	Não	28/08/2009	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	06/02/2017	B - em tratamento com doença estável
60025922	M	18/06/1976	Não	15/05/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	17/07/2015	F - óbito
13964888	M	4/6/1937	Não	28/06/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	20/08/2013	E - perda de seguimento
60014825	M	10/9/1950	Não	03/10/2012	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	21/09/2013	F - óbito
60026332	M	8/14/1949	Não	23/07/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	10/02/2016	F - óbito
60026345	M	9/1/1954	Não	20/05/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	15/12/2016	B - em tratamento com doença estável
90766747	M	22/04/1980	Não	16/12/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	05/12/2016	A - sem evidência de doença
60004207	M	1/4/1938	Não	16/09/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	01/05/2012	F - óbito
60004624	M	12/28/1942	Sim	07/10/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	16/10/2010	F - óbito
60008539	F		Não	08/09/2011	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	20/01/2013	F - óbito
60028613	F	11/12/1955	Não	23/07/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/11/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIVIDA		
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio Regional	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data POS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
13667698	F	6/28/1945	Não	12/03/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
60026894	M	5/22/1946	Não	13/05/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/09/2016	A - sem evidência de doença
60018531	M	3/7/1948	Não	07/11/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
13761786	F	8/8/1961	Não	21/03/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	30/11/2016	A - sem evidência de doença
90598356	F	8/1/1934	Não	02/12/2015	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	26/05/2016	F - óbito
60020050	M	25/12/1972	Não	23/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/12/2016	A - sem evidência de doença
60009639	M	06/07/1985	Não	14/07/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	17/01/2017	A - sem evidência de doença
60008582	M	06/01/1971	Não	09/06/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
60020172	M	6/3/1941	Não	25/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/09/2016	A - sem evidência de doença
13998714	M	4/4/1952	Não	13/03/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	17/06/2016	A - sem evidência de doença
60018088	M	8/9/1958	Não	09/01/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	17/12/2013	F - óbito
13886348	M	9/24/1926	Não	23/11/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	19/01/2011	F - óbito
14044917	F	12/11/1961	Não	13/06/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	10/11/2016	B - em tratamento com doença estável
60027338	F	07/04/1972	Não	11/06/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	08/12/2016	B - em tratamento com doença estável
13888625	F	7/24/1959	Não	17/09/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/09/2016	A - sem evidência de doença
60007202	F	12/15/1942	Não	28/03/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/11/2015	E - perda de seguimento
2476823	F	4/28/1939	Não	06/11/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/10/2016	A - sem evidência de doença
3348794	M	08/01/1974	Não	10/03/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	20/02/2017	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA		DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio Regional	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data POS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60027843	M	6/2/1969	Não	10/07/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/09/2016	A - sem evidência de doença
13910954	F	6/30/1962	Não	20/07/2010	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	12/06/2011	F - óbito
60024268	F	6/27/1944	Não	19/02/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	02/04/2015	F - óbito
55550883	M	10/8/1940	Não	30/04/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/10/2016	A - sem evidência de doença
60014770	M	22/11/1977	Não	01/08/2012	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	09/10/2014	F - óbito
13992667	M	9/10/1929	Não	28/02/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/01/2013	F - óbito
2680906	F	6/17/1961	não	28/01/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/05/2016	F - óbito
13659965	M	17/08/1977	Não	07/01/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	28/06/2016	A - sem evidência de doença
60021143	M	8/7/1944	Não	11/09/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	17/12/2014	F - óbito
14098456	M	8/10/1943	Não	11/02/2015	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	05/12/2015	F - óbito
60003246	M	4/26/1926	Não	24/03/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/10/2011	E - perda de seguimento
13897090	M	11/11/1949	Não	11/01/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/08/2013	E - perda de seguimento
77112491	M	3/20/1940	Não	08/01/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença
13895902	M	7/9/1930	Não	08/06/2010	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	25/04/2011	F - óbito
13919374	M	5/18/1961	Não	25/10/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença
13734679	M	4/5/1935	Não	22/07/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	09/09/2010	F - óbito
60032305	M	10/4/1936	Não	19/03/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/04/2015	F - óbito
14068459	M	5/24/1939	Não	04/12/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	19/02/2014	E - perda de seguimento
60030954	M	11/22/1949	Não	14/10/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/09/2016	F - óbito
14141901	F	7/26/1938	Não	11/02/2016	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	11/01/2017	B - em tratamento com doença estável
90654205	M	9/27/1948	Não	14/01/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/08/2016	A - sem evidência de doença
14065207	M	12/6/1935	Não	26/03/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/08/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS				DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio Regional	Loco-Regional	Anastomose-Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
13938347	M	1/1/1942	Não	22/03/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/10/2016	A - sem evidência de doença
60021649	M	7/6/1952	Não	28/08/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	04/03/2015	F - óbito
13895211	M	8/13/1953	Não	20/07/2010	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	12/09/2013	F - óbito
60033207	M	6/5/1948	Não	18/02/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	30/11/2016	A - sem evidência de doença
60009503	M	10/24/1949	Não	11/11/2011	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	29/12/2012	F - óbito
90801895	F	04/03/1974	Não	24/03/2016	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	13/04/2017	B - em tratamento com doença estável
90751480	M	10/19/1951	Não	21/01/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	05/12/2016	A - sem evidência de doença
55557571	M	10/10/1964	Não	05/01/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	03/10/2016	A - sem evidência de doença
60030971	M	27/08/1972	Não	15/12/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
14014164	M	9/12/1931	Não	07/08/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/03/2016	A - sem evidência de doença
90754790	M	1/3/1937	Não	19/11/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/12/2015	F - óbito
33594875	F	10/16/1957	Não	31/05/2012	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	09/09/2016	B - em tratamento com doença estável
13884765	F	8/14/1938	Não	14/09/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	05/11/2014	A - sem evidência de doença
2756239	F	3/30/1942	Não	12/07/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	07/03/2016	A - sem evidência de doença
3245360	F	9/10/1940	Não	13/02/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	07/11/2014	F - óbito
2700505	M	5/5/1942	Não	20/08/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	05/12/2016	A - sem evidência de doença
60016573	F	11/17/1957	Não	20/12/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	01/07/2016	A - sem evidência de doença
60022351	F	8/19/1943	Não	03/10/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	23/10/2014	F - óbito
60023978	F	11/2/1952	Não	06/02/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	30/06/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA						LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data POS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
2992318	F	10/14/1948	Não	26/04/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	25/10/2016	A - sem evidência de doença
2373625	F	6/5/1936	Não	29/04/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	16/08/2016	A - sem evidência de doença
14016652	M	7/20/1955	Não	07/02/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	20/12/2016	A - sem evidência de doença
13896097	M	2/12/1941	Sim	10/06/2010	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	03/06/2011	F - óbito
60033312	F	6/3/1963	Não	13/05/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
13902783	M	6/29/1935	Não	19/02/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença
60020326	F	8/28/1938	Não	15/08/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/03/2016	A - sem evidência de doença
5186940	M	6/20/1943	Não	09/12/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	A - sem evidência de doença
60022350	M	4/13/1936	Não	22/05/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2014	E - perda de seguimento
55479768	M	4/18/1958	Não	04/09/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/03/2015	E - perda de seguimento
5146170	M		Não	17/05/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	10/06/2012	F - óbito
13805548	M	7/24/1957	Não	03/08/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	19/07/2012	E - perda de seguimento
60025989	M	6/12/1952	Não	25/09/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/09/2014	F - óbito
60030801	M	4/9/1962	Não	23/10/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/09/2016	A - sem evidência de doença
13916705	M		Não	06/03/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/05/2014	E - perda de seguimento
13759051	M	4/10/1929	Não	26/01/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	04/11/2016	A - sem evidência de doença
60023504	M	12/11/1960	Não	02/01/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
60027600	M	9/9/1963	Não	17/07/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA		
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60017065	M	5/18/1946	Não	19/03/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	18/09/2015	F - óbito
13891116	M	5/30/1945	Não	08/12/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	A - sem evidência de doença
5214188	M	4/4/1944	Não	17/12/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	02/12/2016	A - sem evidência de doença
55508007	M	5/29/1934	Não	25/04/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/12/2016	A - sem evidência de doença
60018449	M	12/8/1939	Não	07/03/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/11/2016	A - sem evidência de doença
60013262	M	1/7/1955	Não	07/04/2012	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	22/10/2016	F - óbito
60029746	M	3/23/1959	Não	03/12/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	A - sem evidência de doença
60017200	M	9/4/1937	Não	12/06/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/09/2016	A - sem evidência de doença
60014939	M	4/10/1945	Não	17/07/2012	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	09/12/2016	B - em tratamento com doença estável
89048788	M	05/11/1929	Não	25/06/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	B - em tratamento com doença estável
13960454	M	12/14/1943	Não	11/08/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/10/2016	A - sem evidência de doença
13915211	M	3/25/1938	Não	05/05/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	03/11/2016	A - sem evidência de doença
13963012	M	6/23/1959	Não	15/10/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	24/11/2014	F - óbito
13821324	M	12/25/1960	Não	15/07/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/09/2016	A - sem evidência de doença
14015168	F	3/19/1957	Não	20/09/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	20/09/2016	A - sem evidência de doença
55406962	F	7/27/1938	Não	31/01/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/12/2015	A - sem evidência de doença
14113960	F	2/15/1940	Não	22/03/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	30/05/2016	A - sem evidência de doença
90665983	F	6/26/1950	Não	15/10/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/10/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS				DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio Regional	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60000549	F	29/05/1976	Não	13/03/2009	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	08/01/2010	E - perda de seguimento
60023363	M	11/22/1942	Não	09/10/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença
60016744	F	9/26/1941	Não	30/01/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/08/2016	A - sem evidência de doença
60014670	M	7/5/1939	Não	02/08/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/03/2016	A - sem evidência de doença
55703223	M	11/15/1938	Não	15/09/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/03/2014	F - óbito
60027562	M	9/1/1948	Não	02/07/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença
3235299	F	9/8/1935	Não	03/05/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	04/10/2016	A - sem evidência de doença
13906480	F	4/14/1936	Não	23/04/2010	Não	Não	Não	Não	Não	nao	Não	Não	11/06/2013	E - perda de seguimento
60028921	M	10/6/1938	Não	28/08/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/06/2016	F - óbito
60003499	F	7/15/1947	Não	24/05/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	30/08/2016	A - sem evidência de doença
60030108	M	5/20/1944	Não	25/09/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	21/11/2016	A - sem evidência de doença
60011264	F	11/01/1971	Não	09/03/2012	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	08/03/2013	F - óbito
60020965	F	6/16/1936	Não	31/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
60023164	F	18/07/1971	Não	03/12/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	17/10/2016	A - sem evidência de doença
14018059	F	14/02/1975	Não	23/08/2012	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	09/03/2015	F - óbito
60012605	F	5/17/1968	Não	13/03/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	31/05/2016	A - sem evidência de doença
2780446	F	10/10/1969	Não	12/02/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	21/07/2016	A - sem evidência de doença
60011592	M	10/13/1963	Não	12/06/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/12/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS				DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60020116	M	10/26/1944	Não	06/06/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/06/2016	A - sem evidência de doença
2969572	M	3/21/1948	Não	25/02/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/03/2015	F - óbito
60018975	F	10/27/1955	Não	11/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/07/2016	A - sem evidência de doença
60026746	F	4/18/1958	Não	07/05/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	18/08/2016	A - sem evidência de doença
60004992	F	12/14/1943	Não	21/10/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	23/11/2010	F - óbito
2854889	M	5/25/1957	Não	14/05/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	03/03/2016	B - em tratamento com doença estável
13877060	M	4/2/1934	Não	22/07/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	19/10/2009	E - perda de seguimento
60001542	M	15/04/1974	Não	14/10/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/06/2010	F - óbito
60030098	F		Não	11/12/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	25/02/2015	E - perda de seguimento
13937729	F	09/05/1970	Não	29/04/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
60024378	F	1/10/1948	Não	04/02/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/10/2016	A - sem evidência de doença
60021252	F	1/2/1954	Não	13/11/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
60032107	F	9/29/1964	Não	10/06/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
60024363	F	1/6/1954	Não	27/08/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/09/2016	A - sem evidência de doença
13981384	F	2/26/1956	Não	20/12/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	02/01/2012	F - óbito
3170123	F	5/17/1954	Não	14/09/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
60023952	F	10/16/1968	Não	27/03/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	03/12/2014	E - perda de seguimento
3213329	F	12/8/1959	Não	10/08/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	18/11/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA		DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PQS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60035554	F	10/25/1958	Não	04/11/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/09/2016	A - sem evidência de doença
13875999	F	4/3/1950	Não	09/02/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/09/2016	A - sem evidência de doença
2908968	F	11/5/1954	Não	05/09/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	17/09/2016	A - sem evidência de doença
2299204	F	5/29/1954	Não	06/08/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/06/2016	F - óbito
13787714	F	9/7/1955	Não	25/04/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	28/04/2017	B - em tratamento com doença estável
13556217	F	5/20/1939	Não	02/02/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/02/2011	F - óbito
90631825	F	2/22/1950	Não	22/10/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	07/06/2016	A - sem evidência de doença
3250327	F	9/10/1950	Não	02/08/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	26/12/2016	A - sem evidência de doença
55760494	F	7/15/1948	Não	30/07/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	09/08/2016	A - sem evidência de doença
3032903	F	3/25/1933	Não	18/04/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	17/12/2014	F - óbito
60025997	F	9/25/1960	Não	16/04/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	07/10/2016	A - sem evidência de doença
60000744	F	12/9/1940	Não	18/05/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	20/09/2016	A - sem evidência de doença
14013558	F	10/13/1955	Não	26/09/2012	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	28/10/2015	F - óbito
60032383	F	3/27/1952	Não	26/03/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/09/2016	A - sem evidência de doença
13883753	F	12/24/1954	Não	28/10/2009	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	16/02/2012	F - óbito
3370223	F	4/13/1950	Não	27/08/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	16/08/2016	A - sem evidência de doença
60004671	F	2/5/1964	Não	14/09/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	02/11/2010	F - óbito
14137562	F	24/07/1972	Não	17/06/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	14/10/2016	A - sem evidência de doença
60005916	F	10/11/1923	Não	01/04/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	24/10/2013	F - óbito
60013995	F	9/1/1954	Não	03/05/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	04/09/2012	F - óbito

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data POS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60021572	F	8/23/1937	Não	02/10/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	25/11/2013	F - óbito
13875359	F	5/2/1938	Não	05/10/2009	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	10/12/2011	F - óbito
60018252	F	10/15/1965	Não	21/03/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	04/10/2016	A - sem evidência de doença
60032106	F	3/5/1964	Não	12/02/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	A - sem evidência de doença
13879566	F	4/7/1964	Não	18/11/2009	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	03/09/2010	E - perda de seguimento
60016099	F	9/18/1947	Não	20/08/2012	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	03/02/2014	F - óbito
13448227	F	4/2/1954	Não	26/10/2010	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	12/02/2014	F - óbito
60026068	F	11/29/1959	Não	31/03/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	01/12/2016	A - sem evidência de doença
60003249	F	1/19/1942	Não	10/11/2010	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	07/05/2011	F - óbito
60013616	F	8/4/1939	Não	23/05/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/03/2016	A - sem evidência de doença
13494097	M	3/4/1945	Não	14/04/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	24/05/2016	A - sem evidência de doença
60033334	F	19/07/1971	Não	20/05/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	16/06/2016	F - óbito
60011396	F	5/30/1939	Não	16/05/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/12/2016	A - sem evidência de doença
2421035	M	6/30/1936	Não	02/01/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	12/07/2016	A - sem evidência de doença
14047538	M	7/13/1964	Não	08/07/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	18/10/2016	B - em tratamento com doença estável
60032384	M	6/13/1953	Não	29/06/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	25/10/2016	A - sem evidência de doença
60023692	M	2/4/1949	Não	26/02/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	06/09/2014	F - óbito
14111639	F	25/08/1973	Não	08/04/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	A - sem evidência de doença
60010189	M	3/21/1947	Não	03/11/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	10/11/2016	A - sem evidência de doença
55755911	M	4/6/1946	Não	23/09/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	02/08/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA		DIAGNÓSTICO - RECIDIVA						LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença	
14147421	F	9/19/1940	Não	03/02/2016	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/11/2016	A - sem evidência de doença	
14017328	F	10/2/1950	Não	19/09/2012	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	04/10/2013	F - óbito	
4064197	M	10/30/1931	Não	17/04/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	12/10/2015	F - óbito	
60021149	M	9/10/1961	Não	04/09/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	11/04/2014	F - óbito	
2532089	F	7/17/1959	Não	12/05/2010	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	16/02/2012	F - óbito	
87000879	F	12/26/1954	Não	11/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/10/2016	A - sem evidência de doença	
13622663	M	4/24/1941	Não	15/01/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	25/12/2013	F - óbito	
60021738	M	12/2/1947	Não	06/02/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/12/2016	A - sem evidência de doença	
14057848	M	12/19/1963	Não	18/02/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	23/01/2015	F - óbito	
44140742	M	3/28/1956	Não	08/05/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	24/10/2016	A - sem evidência de doença	
13875366	F	7/16/1950	Não	26/08/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/08/2014	A - sem evidência de doença	
60031338	M	11/13/1950	Não	29/01/2015	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	06/06/2016	F - óbito	
90675172	M	5/22/1958	Não	16/11/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	04/11/2016	A - sem evidência de doença	
60019025	F	9/18/1937	Não	06/06/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/11/2014	E - perda de seguimento	
60002206	M	4/3/1964	Não	04/11/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	01/10/2014	A - sem evidência de doença	
60004841	M	7/28/1954	Não	11/08/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/03/2012	E - perda de seguimento	
60023512	M	12/6/1950	Não	29/05/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença	
60021961	M	11/7/1951	Não	27/11/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	24/10/2016	A - sem evidência de doença	
14032545	M	5/10/1951	Não	22/08/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	22/12/2013	F - óbito	
13949990	M	10/14/1937	Não	08/07/2011	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	31/08/2013	F - óbito	

DADOS GERAIS			DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIVÊNCIA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data PÓS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
55543904	M	10/5/1952	Não	11/11/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	16/11/2016	A - sem evidência de doença
60018674	F	9/1/1947	Não	10/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/03/2014	E - perda de seguimento
13882793	M	4/11/1937	Não	14/08/2009	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	07/06/2016	A - sem evidência de doença
60019264	M	6/9/1929	Não	21/08/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	01/08/2014	E - perda de seguimento
13834700	M	7/4/1957	Não	25/07/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/08/2016	A - sem evidência de doença
14076540	F	04/06/1972	Não	06/05/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	05/07/2016	A - sem evidência de doença
60013565	M	2/19/1937	Não	12/06/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/10/2016	A - sem evidência de doença
90663042	F	10/12/1967	Não	15/10/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	29/11/2016	A - sem evidência de doença
60034861	M	16/06/1972	Não	18/06/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	A - sem evidência de doença
5143102	F	5/20/1938	Não	12/05/2015	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	24/11/2016	B - em tratamento com doença estável
60012425	F	9/28/1951	Não	17/07/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	06/12/2016	A - sem evidência de doença
90601837	M	4/25/1949	Não	13/08/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	20/09/2016	A - sem evidência de doença
60015904	M	7/18/1969	Não	30/01/2013	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	05/02/2014	F - óbito
14093673	F	1/7/1956	Não	27/05/2014	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	20/12/2016	B - em tratamento com doença estável
60011488	M	10/26/1933	Não	10/03/2012	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	15/03/2015	F - óbito
13793746	M	4/24/1937	Sim	15/07/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	09/08/2016	F - óbito
3251914	F	7/16/1949	Não	24/10/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	15/06/2013	F - óbito
60033994	M	1/1/1952	Não	10/06/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	27/09/2016	A - sem evidência de doença

DADOS GERAIS				DADOS CIRURGIA	DIAGNÓSTICO - RECIDIVA					LOCAL - RECIDIVA			SEGUIMENTO - SOBREVIDA	
RGHC	Sexo	Data de Nascimento	Mortalidade Intrahosp	Data Cirurgia	Ressonância M - Recidiva	Endoscopia - Recidiva	TC - Recidiva	US - Recidiva	Cirurgia - Recidiva	Peritônio	Loco-Regional	Anastomose - Recidiva	Última Atualização: Data POS-OP	Último Atualização: Estado Atual da Doença
60022092	F	03/09/1971	Não	31/10/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/12/2016	A - sem evidência de doença
60011004	M	6/1/1940	Não	29/12/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	01/03/2016	A - sem evidência de doença
13870989	F	6/3/1968	Não	23/11/2009	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	12/05/2012	F - óbito
13932617	F	3/5/1945	Não	13/12/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	11/02/2015	E - perda de seguimento
13977744	F	7/8/1929	Não	22/03/2012	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2014	E - perda de seguimento
13993449	F	12/3/1946	Não	16/05/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	26/10/2016	A - sem evidência de doença
60009043	F	1/21/1951	Não	20/07/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	31/10/2016	A - sem evidência de doença
2571188	F	1/20/1945	Não	16/10/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	26/12/2016	A - sem evidência de doença
60011625	F	2/19/1931	Não	15/03/2012	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	16/07/2013	F - óbito
60023729	M	10/3/1949	Não	16/04/2014	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	29/11/2016	B - em tratamento com doença estável
90678732	M	12/20/1966	Não	28/12/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	01/09/2016	A - sem evidência de doença
60035202	F	10/8/1963	Não	12/08/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/09/2016	A - sem evidência de doença
60009314	F	10/18/1929	Não	01/12/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	25/12/2011	E - perda de seguimento
13930861	M	2/14/1942	Não	18/11/2010	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	13/09/2016	A - sem evidência de doença
14069025	M	10/28/1952	Não	13/03/2015	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	24/04/2015	F - óbito
5355264	M	4/6/1956	Não	10/09/2013	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	16/08/2016	A - sem evidência de doença
60011330	M	9/30/1962	Não	06/12/2011	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	08/11/2016	A - sem evidência de doença
60031017	F	3/11/1953	Não	10/11/2014	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	07/06/2016	A - sem evidência de doença

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Santoro E. The history of gastric cancer: legends and chronicles. *Gastric Cancer*. 2005;8(2):71-4.
2. Carvalho AV. A case of total gastrectomy. *Lancet*. 1900;2:798-9.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86.
4. Hartgrink HH, Jansen EP, van Grieken NC, van de Velde CJ. Gastric cancer. *Lancet*. 2009;374(9688):477-90.
5. Moore MA, Eser S, Igisinov N, Igisinov S, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, et al. Cancer epidemiology and control in North-Western and Central Asia - past, present and future. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11 Suppl 2:17-32.
6. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(2):87-108.
7. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol*. 2006;24(14):2137-50.
8. Amorim CA, Moreira JP, Rial L, Carneiro AJ, Fogaça HS, Elia C, et al. Ecological study of gastric cancer in Brazil: geographic and time trend analysis. *World J Gastroenterol*. 2014;20(17):5036-44.
9. Jacob CE, Gama-Rodrigues J, Bresciani CJ, Zilberstein B, Proscurshim I, Iriya K, et al. Trends in tumor location in gastric carcinoma over a 28-year period. *Hepatogastroenterology*. 2007;54(76):1297-301.
10. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011;17(6):697-707.
11. Barchi LC, Gama-Rodrigues J, Carvalho FA, Barchi MC, Oliveira OC, Carneiro MF. Cystic gastric stromal tumor negative C-Kit. *Arq Bras Cir Dig*. 2012;25(4):300-2.
12. Dias AR, Azevedo BC, Alban LBV, Yagi OK, Ramos MFKP, Jacob CE, et al. Gastric neuroendocrine tumor: review and update. *Arq Bras Cir Dig*. 2017;30(2):150-4.

13. Miceli R, Tomasello G, Bregni G, Di Bartolomeo M, Pietrantonio F. Adjuvant chemotherapy for gastric cancer: current evidence and future challenges. *World J Gastroenterol*. 2014;20(16):4516-25.
14. Paoletti X, Oba K, Burzykowski T, Michiels S, Ohashi Y, Pignon JP, et al. Benefit of adjuvant chemotherapy for resectable gastric cancer: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(17):1729-37.
15. Sasako M, Sakuramoto S, Katai H, Kinoshita T, Furukawa H, Yamaguchi T, et al. Five-year outcomes of a randomized phase III trial comparing adjuvant chemotherapy with S-1 versus surgery alone in stage II or III gastric cancer. *J Clin Oncol*. 2011;29(33):4387-93.
16. Das M. Neoadjuvant chemotherapy: survival benefit in gastric cancer. *Lancet Oncol*. 2017 Jun;18(6):e307.
17. Rodrigues JG, Bresciani C, Waitzberg DL, Matsuda M, Mucerino DR, Yagi OK, et al. Resultado do tratamento cirúrgico do câncer gástrico: experiência de 20 anos da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FMUSP. *Arq Bras Cir Dig*. 1983;8(Supl. 1):47-51.
18. Jacob C, Gama-Rodrigues J, Zilberstein B. Câncer gástrico precoce: complicações e mortalidade após gastrectomia e linfadenectomia regada: experiência com 178 casos em uma única instituição. *Arq Bras Cir Dig*. 2006;19(4):146-152.
19. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LG, Kassab P, Jacob CE, Weston AC, et al. Brazilian consensus in gastric cancer: guidelines for gastric cancer in Brazil. *Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(1):2-6.
20. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). *Gastric Cancer*. 2011;14(2):113-23.
21. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2017;20(1):1-19.
22. Kondo A, de Moura EG, Bernardo WM, Yagi OK, de Moura DT, de Moura ET, et al. Endoscopy vs surgery in the treatment of early gastric cancer: Systematic review. *World J Gastroenterol*. 2015;21(46):13177-87.
23. Shen L, Shan YS, Hu HM, Price TJ, Sirohi B, Yeh KH, et al. Management of gastric cancer in Asia: resource-stratified guidelines. *Lancet Oncol*. 2013;14(12):e535-47.
24. Moura EG, Ferreira FC, Cheng S, Moura DT, Sakai P, Zilberstein B. Duodenal stenting for malignant gastric outlet obstruction: prospective study. *World J Gastroenterol*. 2012;18(9):938-43.
25. Kwon SJ, Lee HG. Gastric partitioning gastrojejunostomy in unresectable distal gastric cancer patients. *World J Surg*. 2004;28(4):365-8.

26. Barchi LC, Charruf AZ, de Oliveira RJ, Jacob CE, Ceconello I, Zilberstein B. Management of postoperative complications of lymphadenectomy. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2016;1:92.
27. Edge S, Byrd D, Carducci M, Compton C. *AJCC cancer staging manual*. 7th ed. New York, NY ed: Springer, 2009.
28. Kim JP, Lee JH, Kim SJ, Yu HJ, Yang HK. Clinicopathologic characteristics and prognostic factors in 10 783 patients with gastric cancer. *Gastric Cancer*. 1998;1(2):125-33.
29. Marrelli D, Morgagni P, de Manzoni G, Coniglio A, Marchet A, Saragoni L, et al. Prognostic value of the 7th AJCC/UICC TNM classification of noncardia gastric cancer: analysis of a large series from specialized Western centers. *Ann Surg*. 2012;255(3):486-91.
30. Barchi LC. *Previsão de recorrência do câncer gástrico após cirurgia potencialmente curativa: validação externa do nomograma preconizado pelo GIRCG (Grupo Italiano de Estudo do Câncer Gástrico)* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015.
31. Rausei S, Marrelli D. Lymph node metastases in gastric cancer. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2017;2:7.
32. Barchi LC, Yagi OK, Jacob CE, Mucerino DR, Ribeiro U, Marrelli D, et al. Predicting recurrence after curative resection for gastric cancer: External validation of the Italian Research Group for Gastric Cancer (GIRCG) prognostic scoring system. *Eur J Surg Oncol*. 2016;42(1):123-31.
33. Zilberstein B, Mucerino DR, Yagi OK, Ribeiro-Junior U, Lopasso FP, Bresciani C, et al. Results of D2 gastrectomy for gastric cancer: lymph node chain dissection or multiple node resection? *Arq Bras Cir Dig*. 2012;25(3):161-4.
34. Yagi O. *Resultados da gastrectomia radical em pacientes com câncer gástrico* [Tese - Livre-Docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015.
35. Verlato G, Roviello F, Marchet A, Giacomuzzi S, Marrelli D, Nitti D, et al. Indexes of surgical quality in gastric cancer surgery: experience of an Italian network. *Ann Surg Oncol*. 2009;16(3):594-602.
36. Jacob C. *Câncer gástrico precoce: estudo dos parâmetros clínicos e histopatológicos; correlação com a sobrevida a longo prazo* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
37. Jinnai D. [On the difference of growth of the same gastric cancer in the greater and the lesser curvatures]. *Gan No Rinsho*. 1957;48(4):364-5.

38. Jinnai D. [Surgical treatment of stomach cancer: extensive excision of the lymph nodes, with special reference to radical surgery of stomach cancer]. *Gan No Rinsho*. 1972;Suppl:245-51.
39. The general rules for The gastric cancer study in surgery. *Jpn J Surg*. 1973;3(1):61-71.
40. Kajitani T. The general rules for the gastric cancer study in surgery and pathology. Part I. Clinical classification. *Jpn J Surg*. 1981;11(2):127-39.
41. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer*. 2011;14(2):101-12.
42. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma - 2nd English edition. *Gastric Cancer*. 1998;1(1):10-24.
43. Maruyama K, Sasako M, Kinoshita T, Sano T, Katai H, Hada M, et al. Should systematic lymph node dissection be recommended for gastric cancer? *Eur J Cancer*. 1998;34(10):1480-9.
44. Maruyama K, Gunvén P, Okabayashi K, Sasako M, Kinoshita T. Lymph node metastases of gastric cancer. General pattern in 1931 patients. *Ann Surg*. 1989;210(5):596-602.
45. Washington K. 7th edition of the AJCC cancer staging manual: stomach. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(12):3077-9.
46. Sano T, Sasako M, Yamamoto S, Nashimoto A, Kurita A, Hiratsuka M, et al. Gastric cancer surgery: morbidity and mortality results from a prospective randomized controlled trial comparing D2 and extended para-aortic lymphadenectomy - Japan Clinical Oncology Group study 9501. *J Clin Oncol*. 2004;22(14):2767-73.
47. Jiang L, Yang KH, Chen Y, Guan QL, Zhao P, Tian JH, et al. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and safety of extended lymphadenectomy in patients with resectable gastric cancer. *Br J Surg*. 2014;101(6):595-604.
48. Kodera Y. The current state of stomach cancer surgery in the world. *Jpn J Clin Oncol*. 2016.
49. Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, van de Velde CJ, Welvaart K, Songun I, et al. Extended lymph-node dissection for gastric cancer. *N Engl J Med*. 1999;340(12):908-14.
50. Cuschieri A, Weeden S, Fielding J, Bancewicz J, Craven J, Joypaul V, et al. Patient survival after D1 and D2 resections for gastric cancer: long-term results of the MRC randomized surgical trial. Surgical Co-operative Group. *Br J Cancer*. 1999;79(9-10):1522-30.

51. Seevaratnam R, Bocicariu A, Cardoso R, Mahar A, Kiss A, Helyer L, et al. A meta-analysis of D1 versus D2 lymph node dissection. *Gastric Cancer*. 2012;15 Suppl 1:S60-9.
52. Degiuli M, Sasako M, Ponti A, Group IGCS. Morbidity and mortality in the Italian Gastric Cancer Study Group randomized clinical trial of D1 versus D2 resection for gastric cancer. *Br J Surg*. 2010;97(5):643-9.
53. Wu CW, Hsiung CA, Lo SS, Hsieh MC, Shia LT, Whang-Peng J. Randomized clinical trial of morbidity after D1 and D3 surgery for gastric cancer. *Br J Surg*. 2004;91(3):283-7.
54. Zilberstein B, Martins BC, Jacob CE, Bresciani C, Lopasso FP, de Cleva R, et al. Complications of gastrectomy with lymphadenectomy in gastric cancer. *Gastric Cancer*. 2004;7(4):254-9.
55. Sano T, Sasako M, Mizusawa J, Yamamoto S, Katai H, Yoshikawa T, et al. Randomized controlled trial to evaluate splenectomy in total gastrectomy for proximal gastric carcinoma. *Ann Surg*. 2017;265(2):277-83.
56. Songun I, Putter H, Kranenborg EM, Sasako M, van de Velde CJ. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial. *Lancet Oncol*. 2010;11(5):439-49.
57. Coupland VH, Lagergren J, Lüchtenborg M, Jack RH, Allum W, Holmberg L, et al. Hospital volume, proportion resected and mortality from oesophageal and gastric cancer: a population-based study in England, 2004-2008. *Gut*. 2013;62(7):961-6.
58. Cuschieri SA, Hanna GB. Meta-analysis of D1 versus D2 gastrectomy for gastric adenocarcinoma: let us move on to another era. *Ann Surg*. 2014;259(6):e90.
59. McLachlin AD, Denton DW. Omental protection of intestinal anastomoses. *Am J Surg*. 1973;125(1):134-40.
60. Liebermann-Meffert D. The greater omentum. Anatomy, embryology, and surgical applications. *Surg Clin North Am*. 2000;80(1):275-93, xii.
61. Liebermann-Meffert DM, Meier R, Siewert JR. Vascular anatomy of the gastric tube used for esophageal reconstruction. *Ann Thorac Surg*. 1992;54(6):1110-5.
62. Panasco MS, Pelajo-Machado M, Lenzi HL. Omental and pleural milky spots: different reactivity patterns in mice infected with *Schistosoma mansoni* reveals coelomic compartmentalisation. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2010;105(4):440-4.

63. Beelen RH. Role of omental milky spots in the local immune response. *Lancet*. 1992;339(8794):689.
64. Shah S, Lowery E, Braun RK, Martin A, Huang N, Medina M, et al. Cellular basis of tissue regeneration by omentum. *PLoS One*. 2012;7(6):e38368.
65. Shimotsuma M, Shields JW, Simpson-Morgan MW, Sakuyama A, Shirasu M, Hagiwara A, et al. Morpho-physiological function and role of omental milky spots as omentum-associated lymphoid tissue (OALT) in the peritoneal cavity. *Lymphology*. 1993;26(2):90-101.
66. Platell C, Cooper D, Papadimitriou JM, Hall JC. The omentum. *World J Gastroenterol*. 2000;6(2):169-76.
67. Meza-Perez S, Randall TD. Immunological functions of the omentum. *Trends Immunol*. 2017 Jul;38(7):526-36.
68. Lawrance RJ, Loizidou M, Cooper AJ, Alexander P, Taylor I. Importance of the omentum in the development of intra-abdominal metastases. *Br J Surg*. 1991;78(1):117-9.
69. Hagiwara A, Sawai K, Sakakura C, Shirasu M, Ohgaki M, Yamasaki J, et al. Complete omentectomy and extensive lymphadenectomy with gastrectomy improves the survival of gastric cancer patients with metastases in the adjacent peritoneum. *Hepatogastroenterology*. 1998;45(23):1922-9.
70. Kim W, Kim HH, Han SU, Kim MC, Hyung WJ, Ryu SW, et al. Decreased morbidity of laparoscopic distal gastrectomy compared with open distal gastrectomy for stage I gastric cancer: short-term outcomes from a multicenter randomized controlled trial (KLASS-01). *Ann Surg*. 2016;263(1):28-35.
71. Katai H, Sasako M, Fukuda H, Nakamura K, Hiki N, Saka M, et al. Safety and feasibility of laparoscopy-assisted distal gastrectomy with suprapancreatic nodal dissection for clinical stage I gastric cancer: a multicenter phase II trial (JCOG 0703). *Gastric Cancer*. 2010;13(4):238-44.
72. Nakamura K, Katai H, Mizusawa J, Yoshikawa T, Ando M, Terashima M, et al. A phase III study of laparoscopy-assisted versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric Cancer (JCOG0912). *Jpn J Clin Oncol*. 2013;43(3):324-7.
73. Jacob C. Resultados da gastrectomia vídeo-laparoscópica com linfadenectomia D2 no tratamento cirúrgico do câncer gástrico. [Tese - Livre-Docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

74. Inaki N, Etoh T, Ohyama T, Uchiyama K, Katada N, Koeda K, et al. A Multi-institutional, prospective, phase II feasibility study of laparoscopy-assisted distal gastrectomy with D2 lymph node dissection for locally advanced gastric cancer (JLSSG0901). *World J Surg*. 2015;39(11):2734-41.
75. Hur H, Lee HY, Lee HJ, Kim MC, Hyung WJ, Park YK, et al. Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer*. 2015;15:355.
76. Hu Y, Huang C, Sun Y, Su X, Cao H, Hu J, et al. Morbidity and Mortality of Laparoscopic Versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2016;34(12):1350-7.
77. Yang H, Xing J, Cui M, Zhang C, Yao Z, Zhang N, et al. [Efficacy evaluation of laparoscopy-assisted radical gastrectomy in obese patients with gastric cancer]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2014;17(8):776-80.
78. Chen H, Sui W. Influence of obesity on short- and long-term outcomes after laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer. *J BUON*. 2017;22(2):417-23.
79. Kim MC, Kim KH, Jung GJ, Rattner DW. Comparative study of complete and partial omentectomy in radical subtotal gastrectomy for early gastric cancer. *Yonsei Med J*. 2011;52(6):961-6.
80. Ha TK, An JY, Youn HG, Noh JH, Sohn TS, Kim S. Omentum-preserving gastrectomy for early gastric cancer. *World J Surg*. 2008;32(8):1703-8.
81. Yokoyama Y, Hirakawa H, Wang H, Mizunuma H. Is omentectomy mandatory in the operation for ovarian cancer? Preliminary results in a rat study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;164(1):89-92.
82. Hasegawa S, Kunisaki C, Ono H, Oshima T, Fujii S, Taguri M, et al. Omentum-preserving gastrectomy for advanced gastric cancer: a propensity-matched retrospective cohort study. *Gastric Cancer*. 2013;16(3):383-8.
83. Dias A. *Impacto da solução de Carnoy no número de linfonodos resgatados em peças cirúrgicas de câncer gástrico: estudo prospectivo randomizado* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.
84. College of American Pathologists. Available from: <http://www.cap.org/>.

85. Borrmann R. [Geschwulste des margens]. In: Henke F & Lubarsch O. *Handbuch spez pathol anat und hist*. Springer-Verlag, Berlin. 1926; p. 864-71.
86. Carneiro F, Seixas M, Sobrinho-Simões M. New elements for an updated classification of the carcinomas of the stomach. *Pathol Res Pract*. 1995;191(6):571-84.
87. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. An attempt at a histo-clinical classification. *Acta Pathol Microbiol Scand*. 1965;64:31-49.
88. Setälä LP, Kosma VM, Marin S, Lipponen PK, Eskelinen MJ, Syrjänen KJ, et al. Prognostic factors in gastric cancer: the value of vascular invasion, mitotic rate and lymphoplasmacytic infiltration. *Br J Cancer*. 1996;74(5):766-72.
89. Dinis-Ribeiro M, Areia M, de Vries AC, Marcos-Pinto R, Monteiro-Soares M, O'Connor A, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSG), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy*. 2012;44(1):74-94.
90. Hultman B, Gunnarsson U, Nygren P, Sundbom M, Glimelius B, Mahteme H. Prognostic factors in patients with loco-regionally advanced gastric cancer. *World J Surg Oncol*. 2017;15(1):172.
91. Ji T, Zhou F, Wang J, Zi L. Risk factors for lymph node metastasis of early gastric cancers in patients younger than 40. *Medicine*. 2017;96(37):e7874.
92. Zhou Y, Zhang GJ, Wang J, Zheng KY, Fu W. Current status of lymph node micrometastasis in gastric cancer. *Oncotarget*. 2017;8(31):51963-9.
93. Siewert JR, Böttcher K, Stein HJ, Roder JD. Relevant prognostic factors in gastric cancer: ten-year results of the German Gastric Cancer Study. *Ann Surg*. 1998;228(4):449-61.
94. Korenaga D, Haraguchi M, Okamura T, Baba H, Saito A, Sugimachi K. DNA ploidy and tumor invasion in human gastric cancer. Histopathologic differentiation. *Arch Surg*. 1989;124(3):314-8.
95. Nakashima H, Inoue H, Mori M, Ueo H, Ikeda M, Akiyoshi T. Microsatellite instability in Japanese gastric cancer. *Cancer*. 1995;75(6 Suppl):1503-7.

96. Seruca R, Santos NR, David L, Constância M, Barroca H, Carneiro F, et al. Sporadic gastric carcinomas with microsatellite instability display a particular clinicopathologic profile. *Int J Cancer*. 1995;64(1):32-6.
97. Possik R. *Fatores prognósticos de pacientes com adenocarcinoma de estômago submetidos a cirurgia radical: análise multifatorial* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1990. 100p.
98. Al-Batran SE, Hofheinz RD, Pauligk C, Kopp HG, Haag GM, Luley KB, et al. Histopathological regression after neoadjuvant docetaxel, oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin versus epirubicin, cisplatin, and fluorouracil or capecitabine in patients with resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4-AIO): results from the phase 2 part of a multicentre, open-label, randomised phase 2/3 trial. *Lancet Oncol*. 2016;17(12):1697-708.
99. Chen T, Yan D, Zheng Z, Yang J, Dong XDE. Evolution in the surgical management of gastric cancer: is extended lymph node dissection back in vogue in the USA? *World J Surg Oncol*. 2017;15(1):135.
100. Degiuli M, De Manzoni G, Di Leo A, D'Ugo D, Galasso E, Marrelli D, et al. Gastric cancer: Current status of lymph node dissection. *World J Gastroenterol*. 2016;22(10):2875-93.
101. Van Cutsem E, Dicato M, Geva R, Arber N, Bang Y, Benson A, et al. The diagnosis and management of gastric cancer: expert discussion and recommendations from the 12th ESMO/World Congress on Gastrointestinal Cancer, Barcelona, 2010. *Ann Oncol*. 2011;22 Suppl 5:v1-9.
102. Okines A, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, Group EGW. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 5:v50-4.
103. Ajani JA, Barthel JS, Bekaii-Saab T, Bentrem DJ, D'Amico TA, Das P, et al. Gastric cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8(4):378-409.
104. Oosterling SJ, van der Bij GJ, Bögels M, van der Sijp JR, Beelen RH, Meijer S, et al. Insufficient ability of omental milky spots to prevent peritoneal tumor outgrowth supports omentectomy in minimal residual disease. *Cancer Immunol Immunother*. 2006;55(9):1043-51.
105. Lopes Cardozo AM, Gupta A, Koppe MJ, Meijer S, van Leeuwen PA, Beelen RJ, et al. Metastatic pattern of CC531 colon carcinoma cells in the abdominal cavity: an experimental model of peritoneal carcinomatosis in rats. *Eur J Surg Oncol*. 2001;27(4):359-63.

106. Hagiwara A, Takahashi T, Sawai K, Taniguchi H, Shimotsuma M, Okano S, et al. Milky spots as the implantation site for malignant cells in peritoneal dissemination in mice. *Cancer Res.* 1993;53(3):687-92.
107. Koppe MJ, Nagtegaal ID, de Wilt JH, Ceelen WP. Recent insights into the pathophysiology of omental metastases. *J Surg Oncol.* 2014;110(6):670-5.
108. Fujita J, Kurokawa Y, Sugimoto T, Miyashiro I, Iijima S, Kimura Y, et al. Survival benefit of bursectomy in patients with resectable gastric cancer: interim analysis results of a randomized controlled trial. *Gastric Cancer.* 2012;15(1):42-8.
109. Hirao M, Kurokawa Y, Fujita J, Imamura H, Fujiwara Y, Kimura Y, et al. Long-term outcomes after prophylactic bursectomy in patients with resectable gastric cancer: Final analysis of a multicenter randomized controlled trial. *Surgery.* 2015;157(6):1099-105.
110. Kayaalp C. Bursectomy at radical gastrectomy. *World J Gastrointest Surg.* 2015;7(10):249-53.
111. Shen WS, Xi HQ, Wei B, Chen L. Effect of gastrectomy with bursectomy on prognosis of gastric cancer: a meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2014;20(40):14986-91.
112. Kurokawa Y, Doki Y, Mizusawa J, Terashima M, Katai H, Yoshikawa T, et al. Bursectomy versus omentectomy alone for resectable gastric cancer (JCOG1001): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018.
113. Lee IS, Park YS, Ryu MH, Song MJ, Yook JH, Oh ST, et al. Impact of extranodal extension on prognosis in lymph node-positive gastric cancer. *Br J Surg.* 2014;101(12):1576-84.
114. Oh JY, Cho JH, Kang MJ, Lee JH, Kwon HJ, Nam KJ, et al. Omental infarction caused by laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer: CT findings. *Clin Radiol.* 2011;66(10):966-73.
115. Uzunköy A, Özbilge H, Horoz M. The influence of omentectomy on bacterial clearance: an experimental study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2009;15(6):541-5.
116. Agca B, Paksoy M, Polat E, Aksin E, Dirican A, Durgun V, et al. Influence of omentectomy on peritoneal defense mechanisms in an experimental model of intra-abdominal infection. *Eur Surg Res.* 2003;35(1):35-40.
117. Cerci C, Eroglu E, Sutcu R, Celikbas B, Kilbas A. Effects of omentectomy on the peritoneal fibrinolytic system. *Surg Today.* 2008;38(8):711-5.

118. Hasegawa S, Yamamoto Y, Taguri M, Morita S, Sato T, Yamada R, et al. A randomized phase II trial of omentum-preserving gastrectomy for advanced gastric cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2013;43(2):214-6.
119. McGillicuddy EA, Schuster KM, Davis KA, Longo WE. Factors predicting morbidity and mortality in emergency colorectal procedures in elderly patients. *Arch Surg*. 2009;144(12):1157-62.
120. Fujita J, Tsukahara Y, Ikeda K, Akagi K, Kan K, Hata S, et al. Evaluation of omentum preserving gastrectomy for advanced gastric cancer. *Jpn J Gastroenterol Surg*. 2003;36(8):1151-8.
121. Watanabe N, Nashimoto A, Yabusaki H, Takii Y, Tsuchiya Y, Tanaka O. Evaluation of omento-bursectomy for T2 and T3gastric cancers. *Nippon Rinsho Geka Gakkai Zasshi*. 2004;65(10):2570-4.
122. Barchi LC, Jacob CE, Bresciani CJ, Yagi OK, Mucerino DR, Lopasso FP, et al. Minimally invasive surgery for gastric cancer: time to change the paradigm. *Arq Bras Cir Dig*. 2016;29(2):117-20.
123. Kassab P, da Costa WL, Jacob CE, Cordts RM, Castro OAP, Barchi LC, et al. Minimally invasive surgery for gastric cancer in Brazil: current status and perspectives-a report from the Brazilian Laparoscopic Oncologic Gastrectomy Group (BLOGG). *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2017;2:45.
124. Kunisaki C, Makino H, Takagawa R, Sato K, Kawamata M, Kanazawa A, et al. Predictive factors for surgical complications of laparoscopy-assisted distal gastrectomy for gastric cancer. *Surg Endosc*. 2009;23(9):2085-93.
125. Kim DJ, Lee JH, Kim W. A comparison of total versus partial omentectomy for advanced gastric cancer in laparoscopic gastrectomy. *World J Surg Oncol*. 2014;12:64.
126. Turan T, Ureyen I, Karalök A, Taşçı T, İlgin H, Keskin L, et al. What is the importance of omental metastasis in patients with endometrial cancer? *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2014;15(3):164-72.
127. Haverkamp L, Brenkman HJ, Ruurda JP, Ten Kate FJ, van Hillegersberg R. The oncological value of omentectomy in gastrectomy for cancer. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(5):885-90.
128. Tustumi F, Bernardo WM, Dias AR, Ramos MF, Cecconello I, Zilberstein B, et al. Detection value of free cancer cells in peritoneal washing in gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clinics*. 2016;71(12):733-45.
129. Ribeiro U, Safatle-Ribeiro AV, Zilberstein B, Mucerino D, Yagi OK, Bresciani CC, et al. Does the intraoperative peritoneal lavage cytology add prognostic information in patients with potentially curative gastric resection? *J Gastrointest Surg*. 2006;10(2):170-6, discussion 6-7.

130. Jongerius EJ, Boerma D, Seldenrijk KA, Meijer SL, Scheepers JJ, Smedts F, et al. Role of omentectomy as part of radical surgery for gastric cancer. *Br J Surg*. 2016;103(11):1497-503.
131. Nath J, Moorthy K, Tanriere P, Hallissey M, Alderson D. Peritoneal lavage cytology in patients with oesophagogastric adenocarcinoma. *Br J Surg*. 2008;95(6):721-6.
132. Lee SD, Ryu KW, Eom BW, Lee JH, Kook MC, Kim YW. Prognostic significance of peritoneal washing cytology in patients with gastric cancer. *Br J Surg*. 2012;99(3):397-403.