

**SBOC**

SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE ONCOLOGIA  
CLÍNICA

DIRETRIZES DE  
TRATAMENTOS  
ONCOLÓGICOS

2026

TUMORES DO TRATO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

# ESTÔMAGO: DOENÇA LOCALIZADA

Colaboração

 grupo brasileiro  
de tumores  
gastrointestinais

## Apresentação

Esta diretriz tem como objetivo apoiar as decisões clínicas no tratamento de tumores de estômago: doença localizada. As diretrizes seguem níveis pré-definidos de evidência científica e força por trás de cada recomendação (Sistema Grade). Não são objetivos dessas diretrizes recomendações a respeito de considerações fisiopatológicas sobre as doenças. Cada opção terapêutica recomendada foi avaliada quanto à relevância clínica, mas também quanto ao impacto econômico. Assim, algumas alternativas podem ser recomendadas dentro de um cenário de restrição orçamentária no sistema público de saúde brasileiro.

### AUTORES

#### Coordenação

Comitê de Tumores do Trato Gastrointestinal Superior SBOC

Dra. Maria Ignez Freitas Melro Braghiroli

Dr. João Fogacci

Dra. Juliana Florinda de Mendonça Rêgo

Dra. Luiza Dib Batista Bugiati Faria

Dr. Paulo Henrique Costa Diniz

Dr. Williams Fernandes Barra

Dra. Marcela Crosara

#### Colaboração

Grupo Brasileiro de Tumores Gastrointestinais (GTG)

Diretrizes de tratamentos oncológicos da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC | Capítulo "Estômago: doença localizada" DATA DE PUBLICAÇÃO 29/04/2026 PRESIDENTE Dra. Clarissa Baldotto PRESIDENTE ELEITO Dr. Fábio Franke PRESIDENTE DE HONRA Dra. Angélica Nogueira DIRETORIA Dr. André Sasse, Dra. Daniele Assad, Dra. Danielle Laperche, Dr. Helano Carioca, Dra. Marcela Crosara, Dr. Max Senna Mano, Dr. Rodrigo Guedes, Dr. Romualdo Barroso, Dr. William William CONSELHO FISCAL Dra. Aknar Calabrich, Dra. Ana Amélia Viana e Dr. José Aurílio Rocha ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO Rafael Luis Moura Lima do Carmo (DUO Consultoria e Design) PROJETO GRÁFICO Bruno de Jorge (DUO Consultoria e Design) CONTATO SBOC Av. Paulista, 2073, Horsa II, cj. 1003 - Conjunto Nacional - CEP: 01311-300 - São Paulo/SP TELEFONES (11) 3179.0090, (11) 3192.9284

## Lista de abreviaturas

---

5-FU	5-Fluorouracil
ECOG	<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
EDA	Endoscopia digestiva alta
EV	Endovenoso
FNCLCC/FFCD	<i>Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre Le Cancer/Fédération Francophone de Cancérologie Digestive</i>
FR	Força de recomendação
HR	<i>Hazard ratio</i>
LFN	Linfonodo(s)
NE	Nível de evidência
PET/CT	<i>Positron emission tomography/computed tomography</i>
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
SG	Sobrevida global
SLD	Sobrevida livre de doença
SLP	Sobrevida livre de progressão
TC	Tomografia computadorizada
TEG	Transição esofagogástrica
VO	Via oral

## Estadiamento<sup>1</sup>

### Tumor primário

pT	Definição
pTis	Carcinoma <i>in situ</i>
pT1a	Tumor invade a lâmina própria ou muscular da mucosa
pT1b	Tumor invade a submucosa
pT2	Tumor invade a muscular própria
pT3	Tumor penetra o tecido conjuntivo subseroso, mas não invade o peritônio visceral ou estruturas adjacentes
pT4a	Tumor invade a serosa (peritônio visceral)
pT4b	Tumor invade estruturas adjacentes

### Linfonodos

pN	Definição
pN0	Ausência de metástases linfonodais
pN1	Metástases em 1 a 2 LFN regionais
pN2	Metástases em 3 a 6 LFN regionais
pN3a	Metástases em 7 a 15 LFN regionais
pN3b	Metástases em 16+ LFN regionais

### Metástases

M	Definição
M0	Ausência de metástases à distância
M1	Presença de metástases à distância

## Agrupamento TNM

Estádio	pT	pN	M
0	Tis	pN0	M0
IA	pT1	N0	M0
IB	pT1	pN1	M0
	pT2	pN0	M0
IIA	pT1	pN2	M0
	pT2	pN1	M0
	pT3	pN0	M0
IIB	pT1	pN3a	M0
	pT2	pN2	M0
	pT3	pN1	M0
	pT4a	pN0	M0
IIIA	pT2	pN3a	M0
	pT3/pT4a	pN2	M0
	pT4a	pN1	M0
	pT4b	pN0	M0
IIIB	pT1/pT2	pN3b	M0
	pT3/pT4a	pN3a	M0
	pT4b	pN1/pN2	M0
IIIC	pT3/pT4a/pT4b	pN3b	M0
	pT4b	pN3a	M0
IV	Qualquer	Qualquer	M1



## Exames para estadiamento

### Exames de imagem

- EDA com biópsia (preferencialmente, múltiplas biópsias para obtenção de amostra adequada para análise histopatológica e molecular);
- Determinar, sempre que possível, a classificação de Siewert em tumor de TEG;
- TC de tórax e abdome com contraste;
- PET/CT é um teste de utilidade limitada em câncer de estômago, principalmente em tumores difusos e em pacientes que já foram submetidos à videolaparoscopia. No entanto, pode ser indicado quando videolaparoscopia negativa e suspeita de metástase em TC;
- Ecoendoscopia (se disponível): na ausência de M1 e, preferencialmente, na suspeita de T1 ou T2;
- Videolaparoscopia com citologia de lavado peritoneal: se N+, cT3/T4 e M0.

### Exames laboratoriais

- Hemograma completo com plaquetas (avaliar indicação de propeidética para anemia ferropriva);
- Função hepática;
- Função renal.

### Avaliação nutricional

A intervenção nutricional pré-operatória e no pós-operatório imediato reduz a morbidade cirúrgica.

### Histórico familiar e hereditariedade

- Realizar histórico familiar para rastrear possíveis síndromes genéticas de susceptibilidade a câncer.
- Rastrear infecção por *H. pylori* em familiares de 1º grau e tratar os portadores.<sup>2</sup>
- Rastreamento universal de instabilidade tumoral através de imunohistoquímica para proteínas de reparo de DNA.

### Pacientes tratados com ressecção endoscópica ou gastrectomia subtotal

Erradicar *H. pylori* com antibioticoterapia e inibidor de bomba de próton.

**Discussão em reunião multidisciplinar, preferencialmente.**

## Tratamento

A cirurgia ideal é gastrectomia com linfadenectomia D2 (com pelo menos 15 LFN examinados) e realizada por cirurgião com volume cirúrgico adequado.

### Doença localizada ( $\geq$ cT2 e/ou cN+)

QT perioperatória	
<b>Flot + Durvalumabe</b> <small>NE ALTO/FR FORTE</small> Docetaxel 50 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Oxaliplatina 85 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Ácido folínico 200 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + 5-FU 2.600 mg/m <sup>2</sup> EV (em 24h) D1 + Durvalumabe 1500 mg EV D1	A cada 2 semanas (Flot) e a cada 4 semanas (durvalumabe) 2 ciclos pré- e 2 ciclos pós-cirurgia, seguido por durvalumabe a cada 4 semanas por 10 ciclos
<b>Flot</b> <small>NE ALTO/FR FORTE</small> Docetaxel 50 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Oxaliplatina 85 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Ácido folínico 200 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + 5-FU 2.600 mg/m <sup>2</sup> EV D1 em 24h	A cada 2 semanas, 4 ciclos pré- e 4 pós-gastrectomia (total de 8 ciclos)
<b>Cisplatina + 5-FU</b> <small>NE ALTO/FR FORTE</small> Cisplatina 75-100 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + 5-FU 800 mg/m <sup>2</sup> /dia EV D1 a D5 (bomba de infusão contínua)	A cada 4 semanas, 2 a 3 ciclos pré- e 3 a 4 ciclos pós-gastrectomia (total de 6 ciclos)
<b>Folfox</b> <small>NE MODERADO/FR FRACA</small> Ácido folínico 400 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Oxaliplatina 85 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + 5FU 2.400 mg/m <sup>2</sup> EV D1 em 46 h	A cada 2 semanas, 4 ciclos pré e 4 ciclos pós-gastrectomia

#### Considerações e bases científicas para recomendações

Idealmente, a discussão de tratamento perioperatório deve ser realizada em avaliação multidisciplinar. A decisão acerca da indicação do tratamento perioperatório baseia-se no estadiamento clínico (podendo ser menos preciso do que o estadiamento patológico), no *performance status* do paciente, no controle das comorbidades e na decisão compartilhada com o paciente. As vantagens do tratamento perioperatório incluem: maiores taxas de *downsizing* e *downstaging*, com consequente aumento de cirurgias R0 e melhor prognóstico; possibilidade de tratamento de doença micrometastática; avaliação da sensibilidade tumoral; e melhor adesão ao tratamento. Em contrapartida, há maior descontinuidade ao tratamento no componente pós-operatório por toxicidade.

O estudo Flot4 comparou ECF/ECX com Flot por um total de 8 ciclos e os pacientes que receberam Flot tiveram maior SG (mediana de SG: 35 *versus* 50 meses a favor de Flot), taxa de ressecções R0 e SLP. O número de eventos adversos graves foi semelhante entre os dois grupos. No entanto, apenas 46% dos pacientes completaram todos 8 ciclos programados.<sup>3</sup> Por sua vez, no estudo Magic - que antecedeu o Flot4 e comparou QT (ECF/

ECX) perioperatória e cirurgia *versus* somente cirurgia - apenas 41,6% dos pacientes completaram o total de 6 ciclos de ECF programados.<sup>4</sup> Com estes resultados, o esquema Flot substitui ECF como o padrão em QT perioperatória, mas tal tratamento, tendo em vista a possibilidade de maior toxicidade, requer rigorosa seleção dos pacientes.

O Esopec, ensaio clínico de fase III, comparou a QT + RT neoadjuvante com o protocolo Cross à QT perioperatória com o esquema Flot em pacientes com adenocarcinoma ressecável da junção esofagogástrica. A SG mediana foi significativamente superior no grupo Flot (66 meses) em comparação ao grupo Cross (37 meses), com redução de 30% no risco de morte (HR 0,70; p=0,012). Esses dados reforçam o uso do Flot como regime preferencial também para tumores da transição esofagogástrica, consolidando sua indicação como abordagem perioperatória padrão nesse cenário.<sup>5</sup>

A incorporação de docetaxel à neoadjuvância é reforçada pelo estudo Prodigy que comparou docetaxel, oxaliplatina e S-1(DOS) pré-operatório seguido de cirurgia e S-1 adjuvante *versus* cirurgia e S-1 adjuvante, na população asiática, cujo end point primário é SLP.<sup>6,7</sup> Em publicação recente, após *follow-up* de 99,5 meses, o braço DOS, em comparação com o braço S-1, concorreu com aumento significativo da SLP (HR 0,70; p=0,016). Houve acréscimo também da SG (HR 0,72; p=0,027), com uma taxa em 8 anos de 63,0% *versus* 55,1% a favor do braço DOS.<sup>6</sup> Considerando pacientes mais frágeis ou sem acesso ao FLOT, os dados do estudo francês FNCLCC/FFCD autorizam tratamento perioperatório apenas com *doublet* de platina e fluoropirimidina.<sup>8</sup> Baseado neste estudo, considera-se adequado o uso de mFolfox perioperatório.

O estudo Matterhorn, de fase III, randomizado e duplo cego, avaliou a adição de durvalumabe ao Flot perioperatório seguido de manutenção com durvalumabe monoterapia por 10 ciclos e demonstrou ganho de sobrevida livre de eventos (HR 0,71; IC 95% 0,58-0,86; p< 0,001) e SG (HR 0,78; IC 95% 0,63-0,96; p=0,021). O ganho absoluto em SG aos 36 meses foi de 6,7% (68,6% no grupo durvalumabe *versus* 61,9% no grupo placebo).<sup>9,10</sup>

Além dos estudos de fase III, acima comentados, a estratégia de quimioterapia peri-operatória/adjuvante tem respaldo em metanálises demonstrando benefício em SG com o uso de quimioterapia peri-operatória/adjuvante *versus* a cirurgia isolada.<sup>11-13</sup> Assim, para a maioria dos pacientes  $\geq T2$  e/ou N+ com bom *performance status* e com comorbidades bem controladas, sugerimos tratamento perioperatório.

Por fim, análise retrospectiva do estudo Magic e análise com dados individuais de pacientes dos estudos Magic, Classic, Artist e Itaca-S sugerem que a presença de instabilidade de microssatélites (MSI) é um marcador prognóstico e pode sinalizar um grupo com melhor prognóstico e menor benefício de QT perioperatória. Ainda que não haja unanimidade de opiniões, a MSI pode ser útil na tomada de decisão sobre a indicação de QT e o uso de imunoterapia neoadjuvante. Os estudos de fase II - Neonipiga (nivolumabe e ipilimumabe) e Infinity (tremelimumabe e druvalumabe) na neoadjuvância demonstraram taxas de respostas patológicas completas de 59% e 60%, respectivamente.<sup>14-17</sup>

## Doença localizada (pT3-4 ou N+) ressecada, com linfadenectomia D2

Esquema CapOx <small>NE ALTO/FR FORTE</small>	
Capecitabina 1.000 mg/m <sup>2</sup> VO 12/12h D1 a D14 + Oxaliplatina 130 mg/m <sup>2</sup> EV D1	A cada 3 semanas, 8 ciclos
Esquema XP <small>NE MODERADO/FR FORTE</small>	
Capecitabina 1.000 mg/m <sup>2</sup> VO 12/12h D1 a D14 + Cisplatina 60 mg/m <sup>2</sup> EV D1	A cada 3 semanas, 6 ciclos
Folfox <small>NE BAIXO/ FR FORTE</small>	
Ácido folínico 400 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Oxaliplatina 85 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + 5FU 2.400 mg/m <sup>2</sup> EV D1 em 46 h	A cada 2 semanas, 12 ciclos
Esquema de Gramont <small>NE MODERADO/FR FRACA</small>	
Leucovorin 100 mg/m <sup>2</sup> EV D1 e D2 + 5-FU 400 mg/m <sup>2</sup> EV (bolus) D1 e D2 + 5-FU 600 mg/m <sup>2</sup> /dia EV (bomba de infusão contínua de 22h) D1 e D2	9 ciclos



### Considerações e bases científicas para recomendações

Mais de 30 estudos randomizados avaliaram o papel da QT adjuvante em câncer gástrico, com resultados conflitantes. Diversas metanálises desses estudos identificaram aumento de SG com o emprego da QT.<sup>11,12</sup> Se QT for indicada, o regime ideal não está estabelecido, mas a estratégia mais utilizada fundamenta-se no estudo Classic, que comparou CapOx adjuvante por 8 ciclos com observação exclusiva em pacientes orientais submetidos a linfadenectomia D2.<sup>18</sup> O estudo mostrou ganho de SLD em 3 anos (74% *versus* 59%; HR 0,56; IC 95% 0,44-0,72) e, com maior tempo de seguimento, também de SG (78% *versus* 69%; HR 0,66; IC 95% 0,51-0,85) nos doentes submetidos à QT, com incidência de 56% de toxicidade G3 ou G4 no grupo do CapOx adjuvante *versus* 6% no grupo que não recebeu QT após a cirurgia.

Por sua vez, o estudo Artist mostrou que QT adjuvante com 6 ciclos de XP não é diferente de XP seguido por QT + RT adjuvante, e então por ciclos adicionais de XP.<sup>19</sup> Estudo japonês comparou S-1 adjuvante com placebo em pacientes submetidos a linfadenectomia D2 e mostrou que a fluoropirimidina aumenta a SG em 5 anos (72% *versus* 61%; HR 0,67; IC 95% 0,54-0,79).<sup>20</sup> O estudo Itaca-S também avaliou o papel de fluoropirimidina isolada (5-FU, administrado sob o regime “de Gramont”), comparada com Folfiri seguido por docetaxel + cisplatina, e não observou diferença entre as

duas estratégias.<sup>21</sup> O estudo Artist-2 comparou S-1 *versus* S-1 e oxaliplatina (SOX) *versus* S-1, oxaliplatina e RT (SOXRT) adjuvantes após cirurgia D2. A SLD favoreceu SOX *versus* S-1 (HR 0,61; p=0,0157) e SOXRT *versus* S-1 (HR 0,686; p=0,0572) e não houve diferença entre S-1/SOX *versus* SOXRT (HR 0,859; p=0,401).<sup>22</sup>

Em analogia aos estudos de QT perioperatória, é razoável considerar esquemas como Flot e suas variações no tratamento adjuvante. De forma similar, modificações dos regimes anteriormente citados, como Folfox, Flox ou capecitabina podem ser discutidos. Entretanto, fração significativa dos pacientes tem dificuldade de completar o tratamento adjuvante devido à má tolerabilidade, o que faz com que muitos especialistas prefiram a estratégia perioperatória.

## Doença localizada ( $\geq$ pT2 e/ou pN+) ressecada, R0 ou R1, pacientes com ECOG $\leq$ 2 e cirurgia subótima

QT + RT adjuvante (Esquema MacDonald) <small>NE ALTO/FR FRACA</small>	
<b>Ciclos 1, 4 e 5</b> Leucovorin 20 mg/m <sup>2</sup> EV D1 a D5 5-FU 425 mg/m <sup>2</sup> (bolus) EV D1 a D5	A cada 4 semanas
<b>Ciclo 2</b> Leucovorin 20 mg/m <sup>2</sup> EV D1 a D4 5-FU 400 mg/m <sup>2</sup> (bolus) EV D1 a D4	Realizar a partir do D28 (na semana 1 da RT: 4.500 cGy em 5 semanas)
<b>Ciclo 3</b> Leucovorin 20 mg/m <sup>2</sup> EV D1 a D3 5-FU 400 mg/m <sup>2</sup> (bolus) EV D1 a D3	Realizar na semana 5 da RT
Folfox <small>NE BAIXO/FR ALTA</small>	
Ácido folínico 400 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Oxaliplatina 85 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + 5FU 2.400 mg/m <sup>2</sup> EV D1 em 46 h	A cada 2 semanas, por 4 a 6 meses, seguido de RT com fluoropirimidina
<b>OU</b>	
CAPOX <small>NE BAIXO/FR ALTA</small>	
Capecitabina 2.000 mg/m <sup>2</sup> /dia VO D1 a D14 + Oxaliplatina 130 mg/m <sup>2</sup> EV D1	A cada 3 semanas, por 4 a 6 meses, seguido de RT com fluoropirimidina



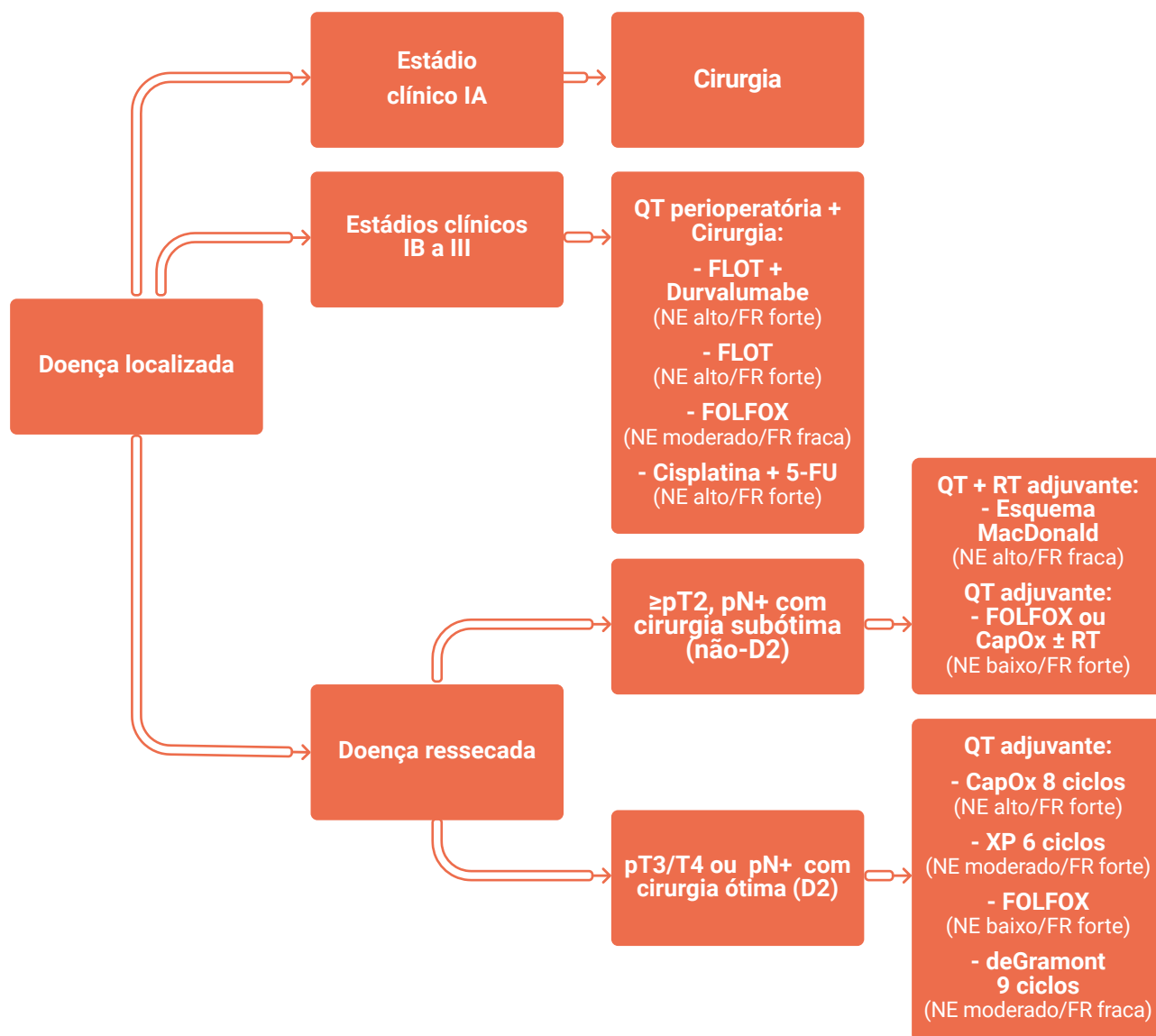
### Considerações e bases científicas para recomendações

O estudo de fase III INT-0116, com 556 pacientes com adenocarcinoma gástrico (80%) ou da junção esofagogástrica (20%), pT1-4pN0-1, foram aleatoriamente designados após ressecção potencialmente curativa para observação isolada ou quimiorradiação adjuvante (um ciclo de QT em bolus FU/LV seguido de quimiorradiação e, em seguida, mais dois ciclos de QT. A maioria dos tumores eram T3/T4 e 85% apresentavam comprometimento ganglionar; ademais, 9,6% dos pacientes foram operados com dissecação linfonodal D2, 36% receberam dissecação D1 e 54% receberam dissecação inferior à D1. Após um longo *follow-up*, o estudo apresentou SG (HR 1,32; IC 95% 1,10-1,60;  $p=0,0046$ ) e SLP (HR 1,51; IC 95% 1,25-1,83;  $p<0,001$ ). Ademais, a taxa de recidiva no braço da cirurgia isolada foi de 64%.<sup>23</sup>

Pacientes submetidos a uma cirurgia que não contemple os princípios oncológicos possuem prognóstico inferior aos demais, o tratamento pós-operatório deve ser discutido de forma multidisciplinar. O *performance status*, as comodidades, os fatores de risco adicionais e os anseios dos pacientes devem ser levados em consideração. Quando possível, atualmente, reservamos a terapia aos moldes do INT-0116 para pacientes com margens cirúrgicas comprometidas e/ou poucos LFN dissecados. A utilização de capecitabina, em vez de 5-fluorouracil, é uma opção válida.

Por fim, os estudos de QT adjuvante estabeleceram como padrão a combinação de platina e fluoropirimidina. Por isso, consideramos uma boa opção a substituição de fluoropirimidina isolada por CapOx ou Folfox, reservando a RT para após o término da QT e como componente opcional do esquema adjuvante.

### Fluxograma para tratamento da doença localizada



## Seguimento

**Exame clínico:** a cada 3 meses por 2 anos, a cada 6 meses até 5 anos;

**Exames de imagem:** não há papel claro para a realização de exames de imagem periódicos no seguimento de pacientes com câncer gástrico operado, já que não há evidência de que a detecção precoce da recidiva tenha impacto em sobrevida. Logo, o seguimento deve ser individualizado. Ademais, se suspeita de recidiva, sugere-se estender propedêutica radiológica para os pacientes candidatos a terapias subsequentes para o câncer.

**Monitorar para deficiência nutricional** (vitamina B12 e ferro), principalmente após gastrectomia total;

**Endoscopia digestiva alta:** em pacientes submetidos à gastrectomia parcial ou subtotal, realizar endoscopia digestiva alta se indicação clínica.

### Advertência

Na decisão em utilizar QT com fluoropirimidinas, deve-se considerar também os riscos de toxicidade associados ao uso destas medicações. A deficiência parcial ou total da enzima DPD (envolvida no metabolismo da droga), em consequência de polimorfismos genéticos descritos em 3-5% (parcial) e 0,1-0,2% (total) da população ocidental europeia, é um fator de risco importante para maior toxicidade. É possível investigar através de técnicas de medicina molecular as principais variantes genéticas que levam à deficiência de DPD e, dessa forma, predizer o risco de maior toxicidade à droga, o que implicaria em contra-indicação absoluta de uso desta ou indicação de redução de dose **NE MODERADO/FR FORTE**.<sup>24</sup> Se disponibilidade do teste, recomenda-se a pesquisa de deficiência de DPD em todos os pacientes candidatos a tratamento com fluoropirimidina, antes do início do tratamento **NE MODERADO/FR FRACA**.<sup>25</sup>

## Referências

1. Amin MB, Edge S, Greene F, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., editors. AJCC Cancer Staging Manual [Internet]. 8th ed. Springer International Publishing; 2017 [cited 2019 Aug 7]. Available from: <https://www.springer.com/gp/book/9783319406176>.
2. Choi IJ, Kim CG, Lee JY, Kim YI, Kook MC, Park B, et al. Family History of Gastric Cancer and Helicobacter pylori Treatment. *N Engl J Med*. 2020 Jan 30;382(5):427–36.
3. Al-Batran S-E, Homann N, Pauligk C, Goetze TO, Meiler J, Kasper S, et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet*. 2019 11;393(10184):1948–57.
4. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, Thompson JN, Van de Velde CJH, Nicolson M, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med*. 2006 Jul 6;355(1):11–20.
5. Hoepfner J, Brunner T, Lordick F, Schmoor C, Kulemann B, Neumann UP, et al. Prospective randomized multicenter phase III trial comparing perioperative chemotherapy (FLOT protocol) to neoadjuvant chemoradiation (CROSS protocol) in patients with adenocarcinoma of the esophagus (ESOPEC trial). *J Clin Oncol*. 2024 Jun 10;42(17\_suppl):LBA1–LBA1.
6. Ryu MH, Yook JH, Park YK, et al. Neoadjuvant docetaxel, oxaliplatin and S-1 plus surgery and adjuvant S-1 for resectable advanced gastric cancer: final survival outcomes of the randomized phase 3 PRODIGY trial. *JCO Global Oncology* 9, 2023 (suppl 1:abstr 30).
7. Kang YK, Kim HD, Yook JH, Park YK, Lee JS, Kim YW, et al. Neoadjuvant Docetaxel, Oxaliplatin, and S-1 Plus Surgery and Adjuvant S-1 for Resectable Advanced Gastric Cancer: Updated Overall Survival Outcomes From Phase III PRODIGY. *J Clin Oncol*. 2024 Sep 1;42(25):2961–5.
8. Ychou M, Boige V, Pignon J-P, Conroy T, Bouché O, Lebreton G, et al. Perioperative chemotherapy compared with surgery alone for resectable gastroesophageal adenocarcinoma: an FNCLCC and FFCD multicenter phase III trial. *J Clin Oncol*. 2011 May 1;29(13):1715–21.
9. Janjigian YY, Al-Batran SE, Wainberg ZA, Muro K, Molena D, Van Cutsem E, et al. Perioperative Durvalumab in Gastric and Gastroesophageal Junction Cancer. *N Engl J Med*. 2025 Jul 17;393(3):217–30.

- 10.** Tabernero J, Al-Batran SE, Wainberg Z a. A, Muro K, Molena D, Cutsem EV, et al. LBA81 Final overall survival (OS) and the association of pathological outcomes with event-free survival (EFS) in MATTERHORN: A randomised, phase III study of durvalumab (D) plus 5-fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin and docetaxel (FLOT) in resectable gastric / gastroesophageal junction (G / GEJ) adenocarcinoma. *Ann Oncol.* 2025 Sep 1;36:S1623–4.
- 11.** GASTRIC (Global Advanced/Adjuvant Stomach Tumor Research International Collaboration) et al. Benefit of adjuvant chemotherapy for resectable gastric cancer: a meta-analysis. *JAMA.* 2010 May 5;303(17):1729-37.
- 12.** Diaz-Neto R, Orti-Rodriguez R, Winslet M. Post-surgical chemotherapy versus surgery alone for resectable gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Sep 2;(9):CD008415.
- 13.** Ronellenfitsch U, Schwarzbach M, Hofheinz R et al. Perioperative chemo(radio) therapy versus primary surgery for resectable adenocarcinoma of the stomach, gastroesophageal junction, and lower esophagus. *Cochrane Database Sys Rev.* 2013 May 31;(5):CD008107.
- 14.** Raimondi A, Lonardi S, Murgioni S, Cardellino GG, Tamberi S, Strippoli A, et al. Tremelimumab and durvalumab as neoadjuvant or non-operative management strategy of patients with microsatellite instability-high resectable gastric or gastroesophageal junction adenocarcinoma: the INFINITY study by GONO. *Ann Oncol.* 2025 Mar;36(3):285–96.
- 15.** André T, Tougeron D, Piessen G, de la Fouchardière C, Louvet C, Adenis A, et al. Neoadjuvant Nivolumab Plus Ipilimumab and Adjuvant Nivolumab in Localized Deficient Mismatch Repair/Microsatellite Instability–High Gastric or Esophagogastric Junction Adenocarcinoma: The GERCOR NEONIPIGA Phase II Study. *J Clin Oncol.* 2023 Jan 10;41(2):255–65.
- 16.** Smyth EC, Wotherspoon A, Peckitt C, et al. Mismatch Repair Deficiency, Microsatellite Instability, and Survival: An Exploratory Analysis of the Medical Research Council Adjuvant Gastric Infusional Chemotherapy (MAGIC) Trial. *JAMA Oncol.* 2017;3(9):1197–203.
- 17.** Pietrantonio F, Miceli R, Raimondi A, Kim YW, Kang WK, Langley RE, et al. Individual Patient Data Meta-Analysis of the Value of Microsatellite Instability As a Biomarker in Gastric Cancer. *J Clin Oncol.* 2019 Dec 10;37(35):3392–400.
- 18.** Noh SH, Park SR, Yang H-K, Chung HC, Chung I-J, Kim S-W, et al. Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): 5-year follow-up of an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014 Nov;15(12):1389–96.
- 19.** Lee J, Lim DH, Kim S, Park SH, Park JO, Park YS, et al. Phase III trial comparing capecitabine plus cisplatin versus capecitabine plus cisplatin with concurrent capecitabine radiotherapy in completely resected gastric cancer with D2 lymph node dissection: the ARTIST trial. *J Clin Oncol.* 2012 Jan 20;30(3):268–73.

- 20.** 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 Nov 20;29(33):4387–93.
- 21.** Bajetta E, Floriani I, Di Bartolomeo M, Labianca R, Falcone A, Di Costanzo F, et al. Randomized trial on adjuvant treatment with FOLFIRI followed by docetaxel and cisplatin versus 5-fluorouracil and folinic acid for radically resected gastric cancer. *Ann Oncol.* 2014 Jul;25(7):1373–8.
- 22.** Park SH, Zang DY, Han B, Ji JH, Kim TG, Oh SY, et al. ARTIST 2: Interim results of a phase III trial involving adjuvant chemotherapy and/or chemoradiotherapy after D2-gastrectomy in stage II/III gastric cancer (GC). *J Clin Oncol.* 2019 May 20;37(15\_suppl):4001–4001.
- 23.** Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, Hundahl SA, Estes NC, Stemmermann GN, et al. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med.* 2001 Sep 6;345(10):725–30.
- 24.** Henricks LM, Lunenburg CATC, De Man FM, Meulendijks D, Frederix GWJ, Kienhuis E, et al. DPYD genotype-guided dose individualisation of fluoropyrimidine therapy in patients with cancer: a prospective safety analysis. *Lancet Oncol.* 2018 Nov;19(11):1459–67.
- 25.** Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2022 Oct;33(10):1005–20.

## ANEXO 1

# Sistema Grade de níveis de evidência e força da recomendação

## Níveis de evidência

Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	- Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	- Ensaios clínicos com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	- Ensaios clínicos com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso controle.
Muito baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	- Ensaios clínicos com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opinião de especialistas.

## Força de recomendação

Público alvo	Forte	Fraca (condicional)
Gestores	A recomendação deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações	É necessário debate substancial e envolvimento das partes interessadas
Pacientes	A maioria dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada e apenas um pequeno número não aceitaria essa recomendação	Grande parte dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada; contudo alguns indivíduos não aceitariam essa recomendação
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada	O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências



# É PROFISSIONAL DA SAÚDE?

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS DE SER ASSOCIADO(A) SBOC:



**Biblioteca Virtual** com acesso gratuito a mais de **900 periódicos**, como Nature Cancer, The Lancet Oncology e JAMA Oncology



**Visibilidade profissional**, com a possibilidade de ser convidado(a) para palestrar em eventos da SBOC ou integrar os Comitês da instituição



**Uso da sede SBOC** para reuniões e aulas virtuais mediante agendamento



**Networking profissional**



**Redução na inscrição do Congresso SBOC** que pode chegar a mais de **50%** nos primeiros lotes



**Acesso a cursos e eventos na OncoAcademy** – a nova plataforma educacional da SBOC



**Acesso ao SBOC Review**, uma seleção periódica de artigos científicos recém-publicados nas melhores revistas da especialidade



**Simplificação do processo de associação à ASCO e à ESMO** (com direito à gratuidade na entidade europeia)



Possibilidade de participação do programa de **Capacitação em Pesquisa Clínica**



Redução de, pelo menos, **40%** no valor da inscrição do exame para a **Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica**

**RESIDENTES MÉDICOS EM ONCOLOGIA CLÍNICA NÃO PAGAM ANUIDADE!**

**SBOC**

SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE ONCOLOGIA  
CLÍNICA

**ASSOCIE-SE  
AQUI!**

