Nota Técnica 574676

Data de conclusão: 02/10/2026 20:36:20

Paciente

Idade: 39 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Pelotas/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: Vara Federal de Porto Alegre

Tecnologia 574676

CID: C16 - Neoplasia maligna do estômago

Diagnóstico: adenocarcinoma gástrico do tipo difuso, estádio clínico IV, com metástases peritoneais e em ovários

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico e exame anatomopatológico complementado por imuno-histoquímica.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo:

NIVOLUMABE

Via de administração: EV

Posologia: Nivolumabe 480 mg, endovenoso, a cada 4 semanas, por tempo indeterminado.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Sim

O medicamento está incluído em: RENAME

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: NIVOLUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Estão disponíveis pelo SUS tratamentos com quimioterapia citotóxica, como por exemplo, paclitaxel, docetaxel, irinotecano, cisplatina, 5-fluorouracil.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: NIVOLUMABE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: NIVOLUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: NIVOLUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Atualmente, tem-se a possibilidade de alterar a ação do sistema imune do paciente para o tratamento do câncer. Para isso, foram desenvolvidos medicamentos que agem bloqueando receptores celulares imunossupressores. Entre eles, a proteína 1 programada para morte celular (do inglês, programmed cell death protein 1 ou PD-1). Nessa linha, o nivolumabe é um anticorpo monoclonal que age interrompendo especificamente a interação do receptor PD-1 com seus ligantes (PD-L1 e PD-L2) aumentando a ativação e a proliferação de células imunes (7).

O nivolumabe em associação com quimioterapia foi avaliado no ensaio clínico randomizado multicêntrico aberto de fase 3 intitulado CheckMate 649 (8). O referido estudo incluiu pacientes com adenocarcinoma gástrico, junção gastroesofágica ou esofágico que não apresentassem HER2-positivo e não tratados anteriormente (com exceção de quimioterapia adjuvante, neoadjuvante, radioterapia, e/ou quimiorradioterapia) apresentando doença irressecável, independentemente da expressão do ligante de PD-1 (PD-L1). Os pacientes foram randomizados para três grupos de tratamento: nivolumabe (360 mg a cada 3 semanas ou 240 mg a cada 2 semanas) mais quimioterapia (capecitabina e oxaliplatina a cada 3 semanas ou leucovorina, fluorouracila e oxaliplatina a cada 2 semanas), nivolumabe mais ipilimumabe ou apenas quimioterapia. Os desfechos primários foram sobrevida global e sobrevida livre de progressão. A primeira publicação do estudo incluiu apenas os resultados dos braços nivolumabe e quimioterapia e quimioterapia isolada e, apesar de incluir pacientes independentemente da expressão PD-L1, os resultados foram para pacientes com expressão PD-L1 ? 5. Após uma mediana de acompanhamento de 13,1 meses para nivolumabe mais quimioterapia e 11,1 meses para quimioterapia isolada, pacientes tratados com a combinação de nivolumabe e quimioterapia apresentaram sobrevida global 3,3 meses superior em comparação à quimioterapia isolada (14,4 versus 11,1 meses; hazard ratio [HR] 0,71, intervalo de confiança [IC] de 98,4% de 0,59 a 0,86; P<0,0001). Para a sobrevida livre de progressão o grupo combinação foi superior em 1,6 meses (7,7 versus 6,1 meses; HR 0,68, IC 98,4% 0,56 a 0,81; P<0,0001). O apêndice do estudo apresentou os dados do efeito do tratamento com nivolumabe em associação com quimioterapia em comparação com quimioterapia isolada para a população com expressão de PD-L1 < 1. Considerando a população sem expressão do PD-L1, ambos os desfechos o tratamento não apresentaram diferença estatisticamente significativa. A sobrevida global foi de 13,1 meses para o tratamento combinado e 12,5 meses para o tratamento com quimioterapia isolada, com uma diferença de apenas 6 meses entre os tratamentos (HR 0,92; IC95% de 0,70 a 1,23). Na sobrevida livre de progressão, a diferença também foi de apenas 6 meses (8,7 versus 8,1; respectivamente; HR 0,93; IC 95% de 0,69 a 1,26) (8).

Para pacientes com CPS ?1, o estudo demonstrou benefício na sobrevida global (HR 0,77; IC

de 99,3%: 0,64-0,92) e na sobrevida livre de progressão (HR 0,74; IC de 95%: 0,65-0,85). No entanto, a interação entre o tratamento e a expressão de PD-L1 não foi significativa no ponto de corte CPS <1 versus ?1 (p=0,09 para sobrevida global; p=0,17 para sobrevida livre de progressão). É importante ressaltar que, em pacientes com CPS <5, o HR para sobrevida global foi de 0,94 (IC de 95%: 0,78-1,13) e para sobrevida livre de progressão foi de 0,93 (IC de 95%: 0,76-1,12), não demonstrando benefício significativo. Isso sugere que o benefício observado na população com CPS ?1 é impulsionado principalmente por pacientes com maior expressão de PD-L1 (CPS ?5) (8).

Na análise dos eventos adversos foram consideradas todas as expressões PD-L1. Entre os pacientes tratados, 462 (59%) de 782 pacientes no grupo nivolumabe e quimioterapia e 341 (44%) de 767 pacientes no grupo quimioterapia isolada apresentaram eventos adversos relacionados ao tratamento de graus 3 e/ou 4. Os eventos adversos relacionados ao tratamento de qualquer grau mais comuns (?25%) foram náusea, diarreia e neuropatia periférica em ambos os grupos. Dezesseis (2%) mortes no grupo nivolumabe mais quimioterapia e quatro (1%) mortes no grupo quimioterapia isolada foram consideradas relacionadas ao tratamento (8).

A publicação mais atual do estudo (2026) apresentou os dados de eficácia e segurança após 5 anos de acompanhamento. Com seguimento mínimo de 60,1 meses, mantiveram-se os benefícios de sobrevida global [razão de risco (HR) 0,71; intervalo de confiança (IC) de 95%: 0,61–0,81] e de sobrevida livre de progressão (HR 0,71; IC de 95%: 0,61–0,82) com nivolumabe mais quimioterapia em comparação com a quimioterapia isolada em pacientes com PD-L1 CPS ?5. Nesse subgrupo, as taxas de sobrevida global e de sobrevida livre de progressão em cinco anos foram de 16% versus 6% e 10% versus 6%, respectivamente, e a taxa de resposta objetiva foi de 60% (IC de 95%: 55% a 65%) versus 45% (IC de 95%: 40% a 50%). Na população geral, a taxa de resposta objetiva, segundo avaliação central independente e cega, foi de 58% (IC de 95%: 54% a 62%) versus 46% (IC de 95%: 42% a 50%), e a duração mediana da resposta foi de 8,5 meses (IC de 95%: 7,7–9,9 meses) versus 6,9 meses (IC de 95%: 5,9–7,6 meses). Os benefícios de sobrevida e de resposta também foram mantidos nos pacientes com PD-L1 CPS ?1, nos pacientes com PD-L1 CPS ?10 e em todos os pacientes randomizados. Eventos adversos de graus 3/4 relacionados ao tratamento ocorreram em 60% dos pacientes que receberam nivolumabe mais quimioterapia e em 45% dos que receberam quimioterapia isolada, sem novas preocupações de segurança (9).

Nas faixas de menor expressão de PD-L1, entretanto, o estudo não demonstra benefício de sobrevida. Em análise exploratória de subgrupos, não submetida a teste estatístico formal e com razões de risco não estratificadas, a sobrevida global mediana em pacientes com CPS <5 foi de 12,4 meses versus 12,3 meses (HR 0,95; IC de 95%: 0,81–1,13) e, em pacientes com CPS <1, de 13,1 meses versus 12,5 meses (HR 0,98; IC de 95%: 0,76–1,26). Em ambos os cortes o intervalo de confiança inclui a unidade. Os próprios autores registram que o FDA revisou as aprovações dos inibidores de PD-1 em primeira linha para o adenocarcinoma gastroesofágico HER2-negativo, restringindo o uso aos pacientes com expressão de PD-L1 ?1, e concluem que novas combinações são necessárias para os pacientes com tumores PD-L1-negativos (9).

A análise recente de segurança, também para todos os pacientes tratados, reporta que a mediana de duração do tratamento foi de 6,8 meses no grupo nivolumabe e quimioterapia (variação de 0,1 a 79,6 meses) e de 4,9 meses no grupo quimioterapia isolada (variação de 0,0

a 74,2 meses). Eventos adversos relacionados ao tratamento, de qualquer grau, ocorreram em 95% dos pacientes do grupo combinação versus 89% no grupo quimioterapia isolada. Eventos de grau 3 ou 4 ocorreram em 60% versus 45%, e a descontinuação do tratamento por evento adverso ocorreu em 42% versus 26%. Não foram reportadas novas mortes relacionadas ao tratamento ao longo do acompanhamento adicional (9).

Já o outro artigo citado nos autos, trata-se de um estudo de fase II/III, ATTRACTION-4, é um estudo asiático que incluiu pacientes com 20 anos ou mais, com câncer gástrico ou da junção esofagogástrica avançado ou recorrente, irressecável e HER2-negativo (independentemente da expressão de PD-L1), que não haviam recebido tratamento prévio (exceto quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante concluída ?180 dias antes da recorrência); os pacientes deveriam apresentar pelo menos uma lesão mensurável segundo os critérios RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumours), e um estado de desempenho basal (ECOG) de 0 ou 1. O estudo recrutou 724 pacientes que foram randomizados (1:1) para receber quimioterapia a cada 3 semanas (oxaliplatina intravenosa 130 mg/m² no dia 1, associada a S-1 oral 40 mg/m² [SOX] ou capecitabina oral 1000 mg/m² [CAPOX], duas vezes ao dia nos dias 1 a 14), juntamente com nivolumabe (360 mg por via intravenosa a cada 3 semanas; grupo nivolumabe mais quimioterapia) ou placebo (grupo placebo mais quimioterapia). Nos resultados, houve ganho na sobrevida livre de progressão com nivolumabe mais quimioterapia (mediana de 10,45 meses vs. 8,34 meses; HR 0,68; IC de 98,51%: 0,51-0,90; p=0,0007). Na sobrevida global não houve nenhuma diferença significativa (mediana de 17,45 meses vs. 17,15 meses; HR 0,90; IC de 95%: 0,75-1,08; p=0,26). A taxa de resposta objetiva foi maior com nivolumabe (57% vs. 48%) e a duração da resposta também maior com nivolumabe (12,91 meses vs. 8,67 meses) (10).

Custo:

Item: Nivolumabe
Descrição: 100 mg/10 mL solução injetável
Quantidade: 54
Valor Unitário: R$ 9.107,25
Valor Anual: R$ 491.791,50
Item: Nivolumabe
Descrição: 40 mg/4 mL solução injetável
Quantidade: 27
Valor Unitário: R$ 3.642,91
Valor Anual: R$ 98.358,57
Total: R$ 590.150,07

* Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) no Rio Grande do Sul (ICMS 17%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF*(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.

O nivolumabe é produzido pela empresa Bristol-Myers Squibb Farmacêutica LTDA sob o nome comercial Opdivo® na forma farmacêutica de solução injetável para infusão intravenosa em frascos de 40 mg/4 mL ou 100 mg/10 mL. Em consulta à tabela da CMED no site da ANVISA em julho de 2026 e com os dados de prescrição juntados ao processo, foi elaborada a tabela acima estimando o custo de um ano de tratamento.

A avaliação de custo-efetividade realizada pela CONITEC para o uso de nivolumabe no tratamento de indivíduos com câncer de estômago ou da junção esofagogástrica, avançado ou metastático, foi conduzida por meio de uma análise de sobrevida particionada, com horizonte temporal lifetime, utilizando como comparador o uso exclusivo de quimioterapia (11). Nessa análise, observou-se que a associação de nivolumabe à quimioterapia apresentou maior efetividade incremental em termos de anos de vida ajustados pela qualidade (AVAQ) e anos de vida (AV) ganhos. No entanto, também foi identificado um maior custo incremental, resultando em uma razão de custo-efetividade incremental (RCEI) de R$ 1,5 milhão por AVAQ e R$ 948 mil por AV, valores considerados acima do limiar de custo-efetividade estabelecido pela CONITEC. A incorporação do nivolumabe no SUS resultaria em um impacto orçamentário estimado de R$ 70 milhões no primeiro ano, chegando a R$ 404 milhões no quinto ano, totalizando R$ 1 bilhão em cinco anos. Embora a empresa fabricante da tecnologia tenha apresentado, durante a consulta pública, uma proposta de redução de 25% no preço do medicamento, a RCEI e o impacto orçamentário permaneceram elevados, mantendo-se, assim, a recomendação de não incorporação ao SUS.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do sistema de saúde britânico, foi favorável à incorporação do nivolumabe em associação com quimioterapia para o tratamento de primeira linha do câncer de esôfago, junção gastroesofágica e gástrico (12). No entanto, o medicamento só deve ser utilizado para pacientes com PD-L CPS ? 5. Concluiu-se que um grau de incerteza nos dados clínicos e de custo-efetividade era aceitável e que a estimativa de uma RCEI de aproximadamente £ 47.170 por ano de vida ajustado pela qualidade de vida (QALY) ganho apresentada pela fabricante era plausível. Porém, cabe ressaltar que o fármaco é recomendado apenas dentro de acordo comercial, sigiloso, entre o fabricante e o sistema de saúde.

A Canada’s Drug Agency (CDA-AMC), do sistema de saúde canadense, também emitiu parecer favorável para o uso do nivolumabe em associação com quimioterapia para o tratamento de primeira linha do câncer de esôfago, estômago e junção gastroesofágica desde que houvesse desconto em seu fornecimento por parte da fabricantes para que seus valores de custo-efetividade fossem melhorados (13). O painel apontou que o medicamento deveria ser fornecido com redução de preço de 95% para que sua RCEI fosse de $ 50.000 por QALY ganho e, portanto, custo-efetiva.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Para pacientes com expressão de PD-L1 CPS ? 5 o tratamento combinado de nivolumabe em associação com quimioterapia está associado a um aumento de sobrevida global de 3,3 meses e de sobrevida livre de progressão de 2,2 meses em relação ao tratamento com quimioterapia isolada. Enquanto o benefício na faixa de CPS 1-5 (que inclui o CPS = 2 da parte autora) é mais incerto.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não Recomendada

Conclusão

Tecnologia: NIVOLUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Existe evidência de boa qualidade metodológica demonstrando que o tratamento com nivolumabe em combinação com quimioterapia na primeira linha de tratamento de pacientes com neoplasia de estômago metastática e PD-L1 CPS ? 5 está associado com aumento de sobrevida global de aproximadamente 3,3 meses. Esse benefício é ainda menos evidente em pacientes com PD-L1 CPS < 5, como é o caso da parte autora.

Além desse possível benefício discreto, o esquema terapêutico pleiteado apresenta, segundo avaliação da CONITEC, um perfil de custo-efetividade desfavorável para a realidade brasileira - ou seja, o benefício ganho com a sua incorporação não ultrapassa o benefício perdido pelo deslocamento de outras intervenções em saúde que não mais poderiam ser adquiridas com o mesmo investimento, perfazendo portanto mau uso dos recursos disponíveis ao sistema. Agências de avaliação de tecnologias de outros países recomendaram sua incorporação apenas após acordo de redução de preço com a agência canadense apontando a necessidade de redução de 95% do seu preço. O impacto orçamentário da terapia pleiteada, mesmo em decisão isolada, é elevado, com potencial de comprometimento de recursos públicos extraídos da coletividade - recursos públicos que são escassos e que possuem destinações orçamentárias com pouca margem de realocação, e cujo uso inadequado pode acarretar prejuízos a toda a população assistida pelo SUS.

Compreende-se o desejo do paciente e da equipe assistente de buscar tratamento para uma doença cuja expectativa de vida é muito baixa na situação clínica apresentada. No entanto, frente ao modesto benefício incremental estimado; ao perfil de custo-efetividade desfavorável; ao alto impacto orçamentário mesmo em decisão isolada; e na recomendação de não incorporação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, entendemos que se impõe o presente parecer desfavorável.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. INCA. Estimativa 2023 - Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Estômago [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2018/portaria_conjunta_n3_adenocarcinoma_de_estomago-15-01-2018.pdf
3. Mansfield PF. Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer - UpToDate [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-staging-of-gastric-cancer
4. Wang W, Li YF, Sun XW, Chen YB, Li W, Xu DZ, et al. Prognosis of 980 patients with gastric cancer after surgical resection. Chin J Cancer. novembro de 2010;29(11):923–30.
5. Xiao LB, Yu JX, Wu WH, Xu FF, Yang SB. Superiority of metastatic lymph node ratio to the 7th edition UICC N staging in gastric cancer. World J Gastroenterol. 14 de dezembro de

2011;17(46):5123–30.
6. Yoon HH. Initial systemic therapy for metastatic esophageal and gastric cancer - UpToDate [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/initial-systemic-therapy-for-metastatic-esophageal-and-gastric-cancer
7. Robert C, Long GV, Brady B, Dutriaux C, Maio M, Mortier L, et al. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. N Engl J Med. 2015;372(4):320–30.
8. Janjigian YY, Shitara K, Moehler M, Garrido M, Salman P, Shen L, et al. First-line nivolumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric, gastro-oesophageal junction, and oesophageal adenocarcinoma (CheckMate 649): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Lond Engl. 3 de julho de 2021;398(10294):27–40.
9. Janjigian Y, Shitara K, Ajani J et al. Nivolumab plus chemotherapy as first-line treatment for advanced gastric, gastroesophageal junction, and esophageal adenocarcinoma: 5-year follow-up results from CheckMate 649 Annals of Oncology, 2026; 37, 787-797.
10. Kang YK, Ryu MH, Oh DY, et al. Nivolumab Plus Chemotherapy versus Placebo Plus Chemotherapy in Korean Patients with HER2-Negative, Untreated, Unresectable Advanced or Recurrent Gastric or Gastroesophageal Junction Cancer: Subgroup Analysis of a Randomized, Multicenter, Double-Blind Phase 3 Trial (ATTRACTION-4). Cancer Res Treat. 2025 July 02. doi: 10.4143/crt.2024.913.
11.BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação nº 999: nivolumabe para o tratamento de adultos com câncer de estômago ou da junção esofagogástrica, avançado ou metastático não tratados anteriormente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
12.National Institute for Health and Care Excellence. Nivolumab with platinumand fluoropyrimidinebased chemotherapy for untreated HER2-negative advanced gastric, gastrooesophageal junction or oesophageal adenocarcinoma [Internet]. 2023. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ta857
13.Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Opdivo (nivolumab) in combination with fluoropyrimidine- and platinum-containing chemotherapy, for the treatment of adult patients with advanced or metastatic gastric, gastroesophageal junction or esophageal adenocarcinoma [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.cadth.ca/nivolumab-0

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com relatório médico de 01/07/2026 (Evento 1, LAUDO7), trata-se de parte autora com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico do tipo difuso, estádio clínico IV, com metástases peritoneais e em ovários, já submetida a gastrectomia total e ooforectomia bilateral. No documento ainda se descreve que não há instabilidade de microssatélite, HER2 negativo e PD-L1 CPS = 2, mas os exames não foram acostados aos autos. Atualmente se encontra em tratamento com protocolo FOLFOX (oxaliplatina, ácido folínico e fluorouracil). Neste contexto, recebeu prescrição de nivolumabe, medicamento o qual pleiteia.

O adenocarcinoma de estômago (ou câncer gástrico) é o tipo histológico mais comum do câncer gástrico, corresponde a mais de 90% dos casos de neoplasia maligna do estômago (1). A incidência desse tipo de tumor vem diminuindo, mas a taxa de mortalidade permanece alta, correspondendo a 7,5% das mortes por câncer em homens e 4,7% em mulheres (1). O adenocarcinoma de estômago divide-se em dois tipos: difuso de Lauren e intestinal. O tipo

difuso de Lauren está associado a um pior prognóstico, apresenta padrão infiltrativo, com extensão submucosa e metástases precoces, acometendo mais mulheres em idade jovem, do tipo sanguíneo A. O tipo intestinal apresenta-se como um tumor mais diferenciado, que acomete mais homens, principalmente idosos, e evolui principalmente de lesões pré-malignas (2).

De modo geral, o câncer gástrico tem seu prognóstico e tratamento (intervenção cirúrgica e terapia medicamentosa) definidos pela localização e estadiamento do tumor, número de linfonodos ressecados e acometidos e presença de metástases. Pode apresentar-se difusamente no órgão ou localizar-se na porção proximal do estômago, envolvendo ou não a junção gastroesofágica, ou na porção mais distal, junto ao piloro. Diversas séries mostram que mais de 50% dos pacientes com câncer inicial na porção distal podem ser curados quando o tumor tiver sido totalmente ressecado, enquanto pacientes com tumores da porção proximal podem ser curados em menos de 20% das vezes, mesmo que iniciais (3–5).

Os objetivos principais do tratamento do câncer gástrico metastático são: paliação de sintomas, aumentar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida. Para isso diversas modalidades de tratamento podem ser utilizadas, tais como radioterapia ou cirurgia para metástases sintomáticas, anticorpos monoclonais para aqueles casos com amplificação HER2, mas se baseia, principalmente, em quimioterapia. Diversas combinações de quimioterapia já foram estudadas para essa doença, sendo os principais os derivados da platina, as fluoropirimidinas e os taxanos (6).