

METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL

15

Rinaldo Gonçalves

Alexandre Palladino

Bárbara Sodré

Flora Lino

Fernanda Alonso Rodrigues Fleming

Mauro Monteiro

1. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia maligna mais comumente diagnosticada e a quarta maior causa de morte por câncer no mundo, com cerca de 1,4 milhão de casos novos e quase 700 mil mortes anuais, segundo dados levantados em 2012. Para esse tumor, são estimados 1,1 milhão de mortes anuais até 2030¹. Para o Brasil, são estimados 20.520 casos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres para cada ano do triênio 2020-2022, com um risco estimado de 19,63 casos novos para cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres².

O sítio metastático mais comum é o fígado, com cerca de 50% dos pacientes apresentando metástases ao longo do curso de sua doença, 15% a 25% destes apresentando metástases hepáticas colorretais (MHC) no momento do diagnóstico^{3,4}.

A presença de MHC é o principal fator prognóstico, conferindo uma sobrevida mediana de 6 a 12 meses em pacientes não tratados⁵. Apesar dos ganhos em sobrevida com o tratamento sistêmico observado nas últimas décadas, a resseção cirúrgica, habitualmente associada à quimioterapia, é a melhor opção de tratamento, atingindo em cinco anos uma sobrevida de até 40%-58% para pacientes submetidos à resseção completa de suas metástases⁶⁻⁸.

Pacientes com diagnóstico de metástases hepáticas de tumores colorretais devem ser avaliados por equipe multidisciplinar. A avaliação de ressecabilidade ou não de suas lesões, a necessidade de terapia quimioterápica associada e a estratégia e sequência de tratamento multimodal devem ser individualizadas, no intuito de otimização da possibilidade de resseção cirúrgica e melhor resultado em sobrevida.

2. SELEÇÃO DE PACIENTES PARA RESSEÇÃO

Todo paciente com MHC deve ser avaliado quanto à possibilidade de resseção cirúrgica. Essa avaliação deve incluir não somente questões técnicas relacionadas à exequibilidade do procedimento cirúrgico em si, mas também aspectos clínicos do paciente, como presença de comorbidades, sobretudo cardíacas e/ou pulmonares, que possam impedir a realização de anestesia e cirurgia segura ou que devam ser adequadamente controladas antes do procedimento. De similar importância, o status do parênquima hepático deve ser considerado. Doenças hepáticas crônicas, como aquelas secundárias a hepatite, etilismo, doença hepática gordurosa não alcoólica, por exemplo, devem ser prontamente identificadas. Também, o impacto da utilização pré-operatória de quimioterapia, o desenvolvimento de síndrome de

obstrução sinusoidal secundária à oxaliplatina e a esteatose relacionada a irinotecano devem ser levados em consideração. Nesses pacientes, o risco de insuficiência hepática pós-operatória pode implicar a necessidade de medidas de segurança adicionais para otimização do volume hepático residual pós-hepatectomia, por meio de embolização portal/veias hepáticas, cirurgia em dois tempos, cirurgia poupadora de parênquima ou, em última análise, determinar impossibilidade de ressecção.

Tradicionalmente, somente pacientes relativamente jovens, com lesões hepáticas metacrônicas, unilobares, em número máximo de três e menores que 5cm, apresentando baixo valor de CEA e sem doença extra-hepática concomitante eram considerados candidatos a ressecções cirúrgicas (figura 1). Nas últimas décadas, o contínuo aprimoramento de técnicas anestésicas e cirúrgicas, associadas a melhorias nos cuidados perioperatórios, juntamente com a maior efetividade dos agentes quimioterápicos e anticorpos monoclonais para o tratamento das MHC, fizeram com que os critérios de ressecção de metástases hepáticas se alargassem.

Idade, número e tamanho das lesões, valores de CEA e presença de doença

Figura 1. Perfil de paciente candidato a ressecção cirúrgica na década de 1990.



Seta indicando paciente com lesão metastática metacrônica única em segmento VI.

extra-hepática *per si* atualmente não constituem contraindicação absoluta para resseção, muito embora possam apresentar impacto nos resultados de sobrevida pós-resseção.

2.1. Idade

O registro internacional de pacientes submetidos a cirurgias hepáticas por metástases colorretais, LiverMetSurvey, avaliou resultados de hepatectomia em pacientes idosos, considerados nesse estudo como idade acima de 70 anos. O estudo demonstrou exequibilidade e resultados satisfatórios de sobrevida nesses pacientes, embora menos favoráveis aos encontrados em pacientes mais jovens. Entre 7.764 pacientes estudados, 999 apresentavam idade entre 70 e 75 anos, 468 tinham idade entre 75 e 80 anos e 157 deles tinham 80 anos de idade ou mais. As taxas de morbidade e mortalidade em 60 dias de 32,3 % e 3,8%, respectivamente, foram encontradas nos pacientes com 70 anos ou mais comparadas a 28,7 % e 1,6% em pacientes mais jovens ($p < 0.001$). Sobrevida em três anos estatisticamente similares para pacientes com 70-75 anos, 75-80 e mais de 80 anos (57,8%; 55,3% e 54,1%, respectivamente, $p = 0.160$), *versus* 60,2% para pacientes mais jovens ($p < 0.001$), indicando que idade, em si, quando não associada a comorbidades que impeçam a realização de cirurgia, não dever ser vista como contraindicação para a realização de hepatectomias, apesar de sobrevida, mortalidade e morbidade pós-operatória estatisticamente maiores em comparação a pacientes jovens⁹.

2.2. Número de lesões

Embora o volume de doença metastática hepática seja relacionado a pior prognóstico, o número e tamanho das metástases hepáticas não é considerado contraindicação para resseção. Allard demonstrou sobrevida em cinco anos de 30% em estudo com dados do LiverMetSurvey envolvendo pacientes com mais de dez metástases hepáticas submetidos à resseção. Sobrevida ainda melhor foi observada quando pacientes apresentavam idade menor que 60 anos, lesões identificadas por meio de ressonância magnética e não maiores que 4cm, boa resposta pré-operatória à quimioterapia e cirurgia R0/R1, sendo atingida sobrevida de até 69% em cinco anos quando todos esses fatores estavam presentes¹⁰.

2.3. Margem cirúrgica

Com a maior indicação de cirurgia em pacientes com múltiplas e volumosas metástases hepáticas, o *cut off* referente à necessidade de margens adequadas vem diminuindo. Inicialmente pensada como margem livre necessária de pelo menos 1cm, essa necessidade atualmente foi substituída pelo conceito de resseção macroscópica de todas as lesões com margens microscópicas negativas, independentemente da amplitude destas. Mesmo pacientes com margens R1

– comumente necessária em pacientes com doença multinodular e/ou proximidade a estruturas vasculares – podem ter resultados similares aos daqueles com ressecções R0¹¹. De Hass avaliou os resultados de 222 pacientes com ressecções R1 para MHC, tendo observado sobrevida global em cinco anos de 57%, comparada a 61% em 234 pacientes com margens R0 ($p = 0.27$). Sobrevida livre de recorrência em cinco anos foi de 20% no grupo R1 *versus* 29% nos pacientes R0 ($p = 0.12$), com recorrência no leito cirúrgico similar em ambos os grupos¹¹. Morganis GA *et al.* observaram observou resultados similares em pacientes com ressecções R0 (274 pacientes), R1 (61 pacientes) e naqueles em que margens eram inicialmente R1 e foram ampliadas no intuito de obter margens R0 (24 pacientes). Sobrevida mediana de 50, 63 e 49 foram alcançadas no grupos R0, R1, R1, seguida por ampliação de margem ($p > 0.05$). Nesse estudo, foi observado ainda padrão de recorrência similar nos três grupos, indicando que ampliação de margens em pacientes R1 não teve impactos nos resultados de longo termo¹².

2.4. Doença extra-hepática

Ressecção de MHC na vigência de doença extra-hepática (DEH) vem recebendo interesse crescente devido a resultados favoráveis em pacientes altamente selecionados, em que toda a doença hepática e extra-hepática metastática possa ser completamente ressecada¹³. A seleção desses pacientes deve ser rigorosamente conduzida em discussões multidisciplinares, sendo a opção de tratamento cirúrgico oferecida sobretudo àqueles pacientes com *performance status* adequado, poucos sítios e pouco volume de doença metastática passíveis de ressecção, boa resposta à quimioterapia, ausência de doença óssea, cerebral e em linfonodos a distância¹⁴.

**VEJA ESSE CONTEÚDO NA
ÍNTEGRA ACESSANDO A OC
ACADEMIA:
[HTTP://OCACADEMIA.COM](http://ocacademia.com)**

