

TERAPIA NEOADJUVANTE E CIRURGIA NO ADENOCARCINOMA RETAL.

ANÁLISE DA RESPOSTA TUMORAL COMPLETA E DO COMPROMETIMENTO LINFONODAL.



Vitor Augusto de Andrade; Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono; Claudio Saddy Rodrigues Coy



Departamento Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas,

vitaead@hotmail.com

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

Palavras Chaves: Câncer Retal, Tratamento Neoadjuvante, Cirurgia

INTRODUÇÃO

A abordagem padrão do adenocarcinoma retal extra-peritoneal implica na realização de terapêutica multimodal, com radio e quimioterapia neoadjuvante e ressecção cirúrgica. Em alguns pacientes, a resposta a esta neoadjuvância é aparentemente completa, com regressão total da lesão neoplásica, podendo sugerir, em alguns casos, a não necessidade do tratamento operatório. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi de verificar, retrospectivamente, o percentual de pacientes com carcinoma do reto distal que obtiveram remissão completa do tumor no espécime cirúrgico e analisar o seguimento pós-operatório destes doentes.

METODOLOGIA

Foi realizada análise retrospectiva de uma série consecutiva de 212 pacientes operados no Serviço de Coloproctologia do HC UNICAMP, entre 2000 e 2010. Por meio de arquivos médicos, foi analisado o estadiamento anátomo-patológico através do TMN e selecionados os pacientes com ausência de lesão residual no reto (T0). Deste grupo, foram analisados os dados pré-operatórios, achados cirúrgicos, cirurgia realizada, complicações, tempo de internação e seguimento pós-operatório, com mínimo de acompanhamento de seis meses.

RESULTADOS

No espécime cirúrgico, dos 212 pacientes, observou-se remissão total da lesão no reto (T0) em 30 (14,2%). Figuras 1 e 2 e gráfico 1.

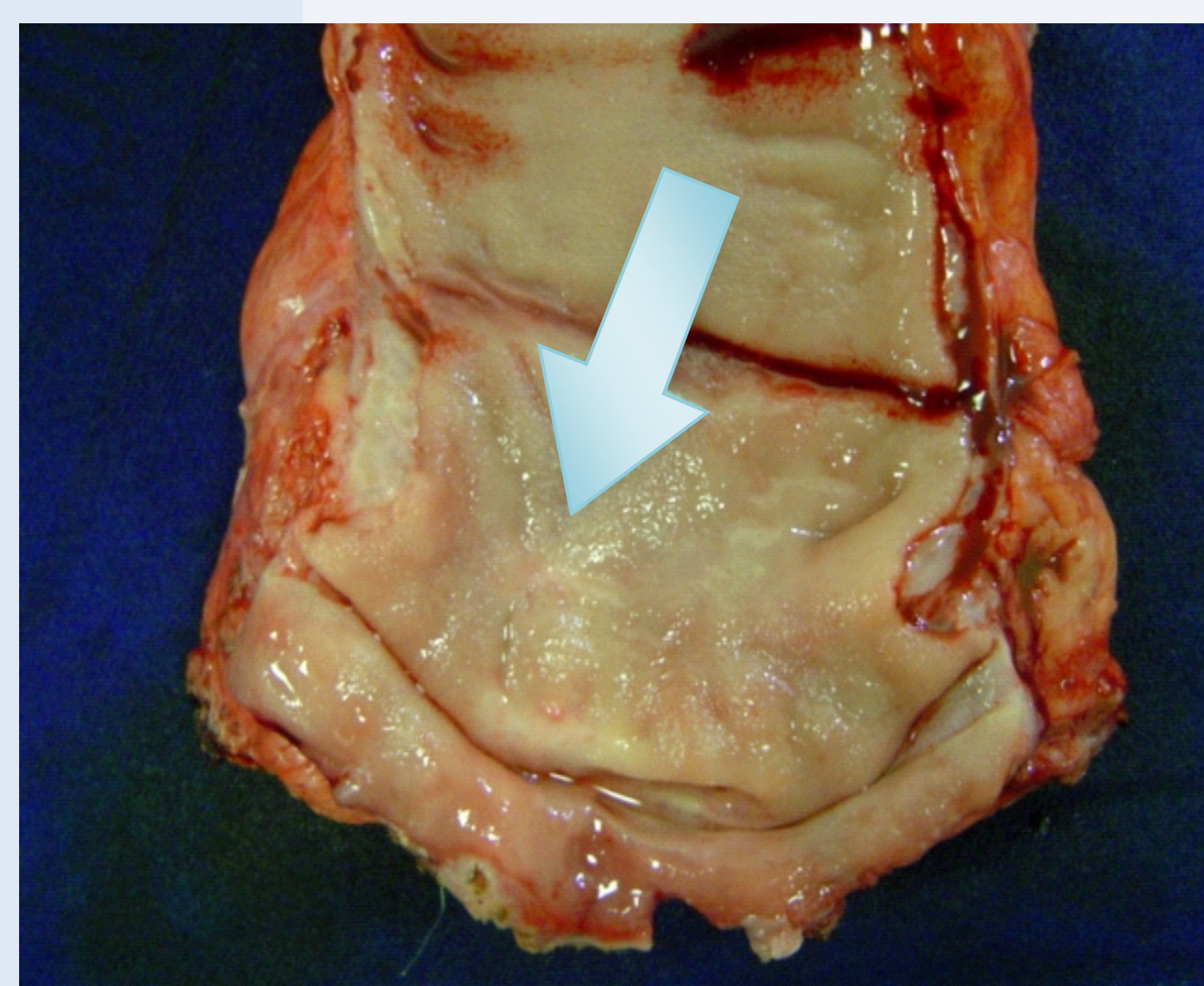


Figura 1 - Produto de RTS com remissão completa

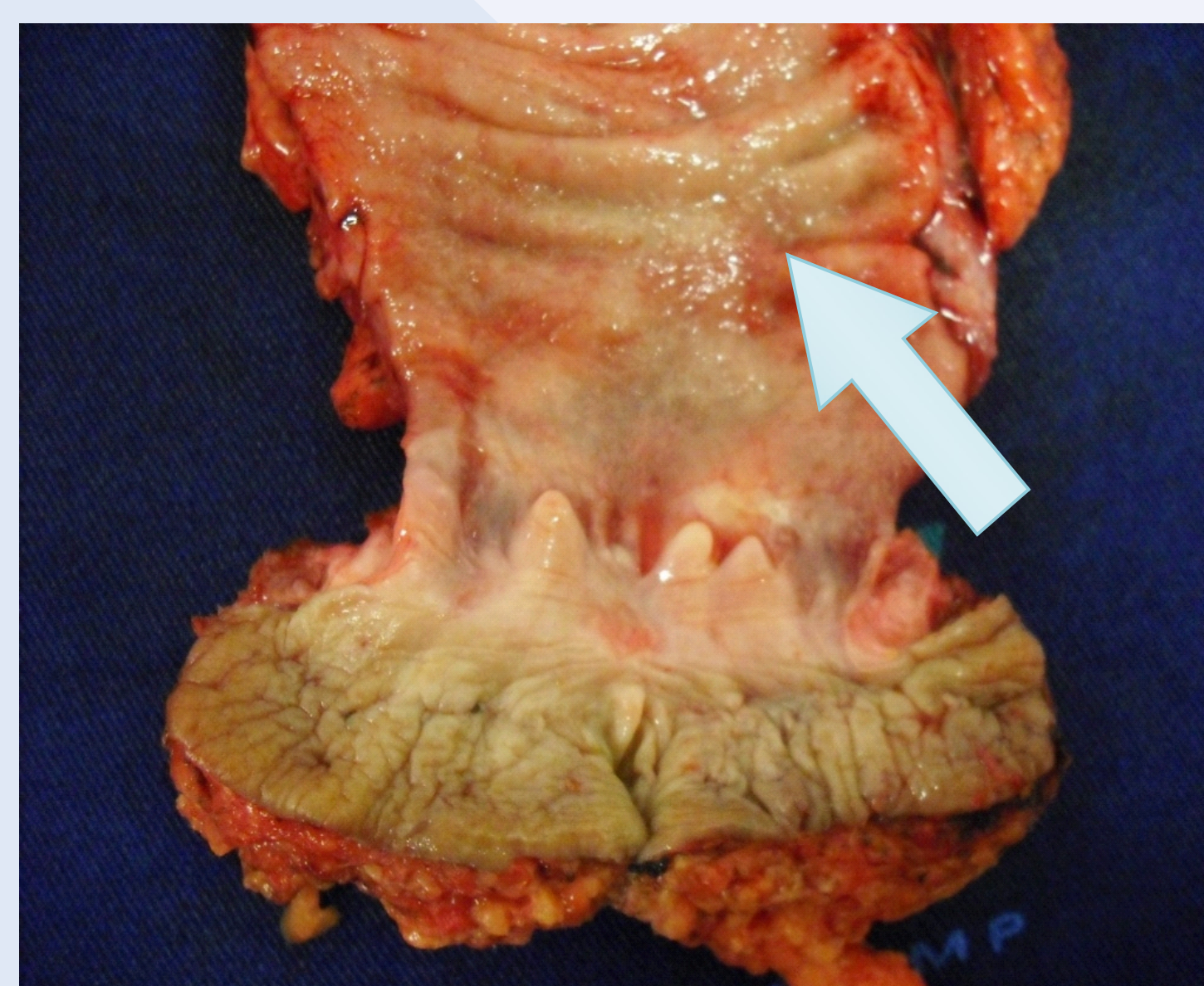


Figura 2 - Produto de AAP com remissão completa

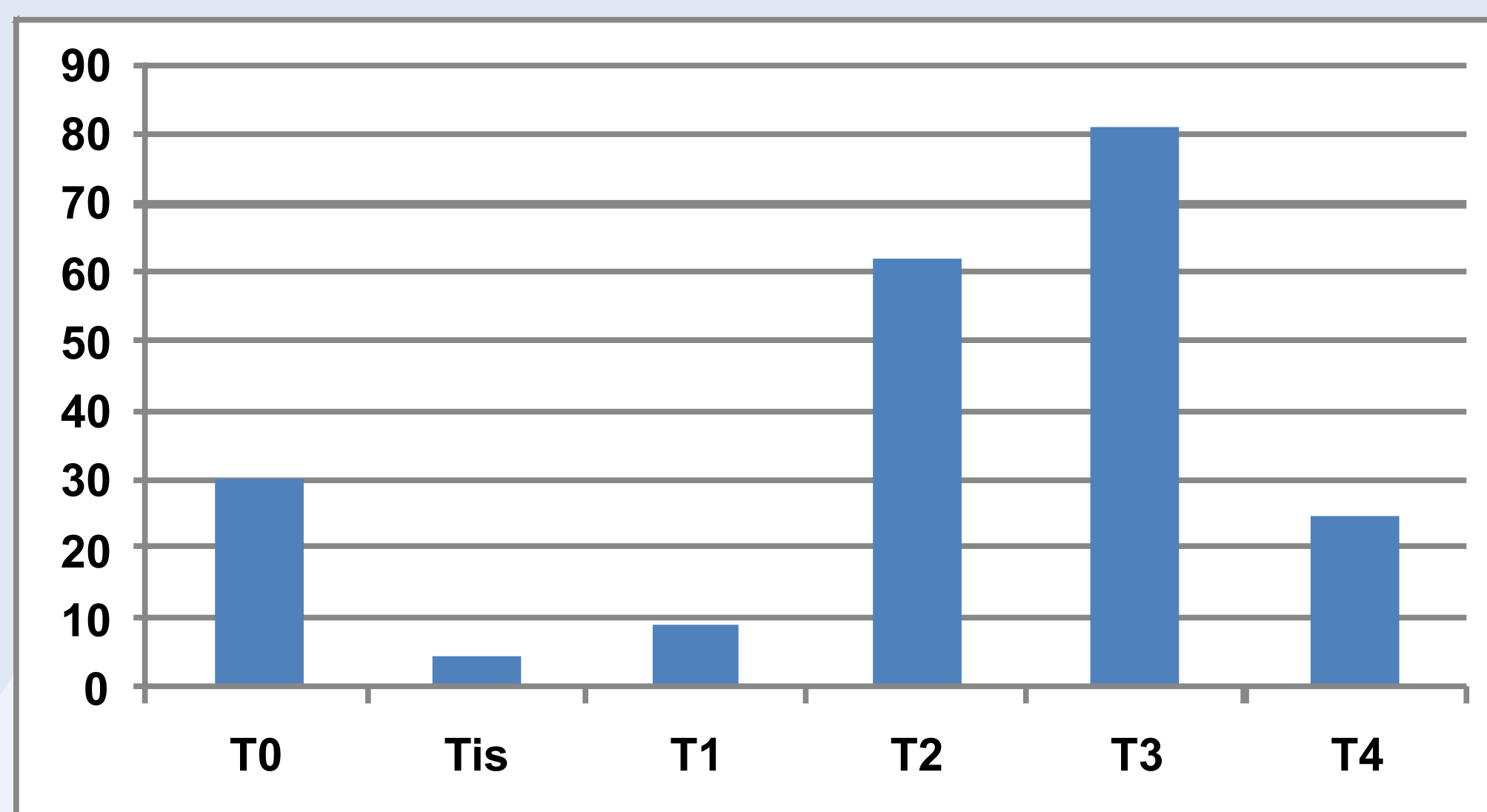


Gráfico 1 - Distribuição segundo nível de invasão tumoral

Os dados gerais, os achados pré e intra-operatórios e de anatomopatológico dos 30 pacientes com remissão completa do tumor estão listadas nas tabelas 1, 2 e 3.

	N = 30
Gênero (M / F)	18 / 12 (60% / 40%)
Média de Idade (anos)	57,6 (33 – 79)
Etnia (B / NB)	27 / 3 (90% / 10%)
Tempo de Evolução (meses)	16,1 (2 – 41)
Localização do tumor (Toque Retal)	
< 5 cm da borda anal	16 (53,3%)
> 5 cm da borda anal	14 (46,7%)
Metástase	
hepática	1 (3,3%)
pulmonar	0 (0%)
Colonoscopia	
lesões sincrônicas benignas	6 (20%)
tumor estenosante	2 (6,7%)
CEA	
< 5 µg/L	20 (66,7%)
> 5 µg/L	10 (33,3%)
Tempo entre Neoadjuvancia e Cirurgia	
< 4 semanas	08 (26,7%)
entre 4 e 8 semanas	12 (40%)
> 8 semanas	07 (23,3%)
sem informações	03 (10%)

Tabela 1 - Dados pré-operatórios

*M = masculino, F = feminino, B = brancos, NB = não brancos

	N = 30
Cirurgia Realizada	
Amputação Abdominoperineal (AAP)	15 (50%)
Retossigmoidectomia (RTS) + Coloanal	09 (30%)
Retossigmoidectomia + Colorretal	06 (20%)
Intra-Operatório	
Metástase Hepática	3 (10%)
Invasão	2 (6,7%)
Complicações Imediatas	9 (30%)
Tempo de Internação (dias)	8,33 (5 – 32)

Tabela 2 - Achados intra-operatórios

	N = 30
Anátomo patológico	
Linfonodos positivos	2 (6,7%)
Invasão linfática	1 (3,3%)
Linfonodos positivos e invasão linfática	1 (3,3%)
Seguimento pós-operatório	
Metástases à distância	4 (13,3%)

Tabela 3 - Achados de anatomopatológico e seguimento pós-operatório

CONCLUSÃO

A percentagem de pacientes com regressão tumoral completa está dentro dos valores encontrados na literatura, que pode variar de 5% a 30%. O grupo apresentou elevada taxa de sobrevida, mas mesmo doentes sem evidência de tumor residual no reto ou comprometimento linfático e/ou linfonodal podem apresentar recidiva local ou metástases a distância no seguimento tardio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castaldo ET, Parikh AA, Pinson W, Feurer ID, Merchant NB. Improvement of Survival with Response to Neoadjuvant Radiation Therapy for Rectal Cancer. Arch Surg 2009; 144: 129-134.
Habr-Gama A. Assessment and management of the complete clinical response of rectal cancer to chemoradiotherapy. Colorectal Dis 2006; 8 Suppl 3:21-4.