

Artigo de Opinião / Opinion Article

TRATAMENTO NÃO-CIRÚRGICO DO CANCRO DO RECTO: UMA PERSPECTIVA*NON-OPERATIVE TREATMENT OF RECTAL CANCER: A PERSPECTIVE*

Luís Curvo Semedo



Serviço de Imagem Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

É indiscutível o interesse com que a comunidade científica tem vindo a acolher a estratégia do tratamento não-cirúrgico do cancro do recto, inicialmente divulgada por Habr-Gama, cirurgiã brasileira, e posteriormente replicada de forma mais ou menos semelhante por diversos grupos científicos na Europa e na América do Norte. Tal abordagem preconiza a realização de radioterapia acompanhada de quimioterapia radiosensibilizante e posterior ‘wait-and-see’ ou ‘watchful waiting’ para os pacientes cujos tumores denotem uma resposta clínica completa.

Desde logo, um ponto fulcral prende-se com a necessidade de uma abordagem multidisciplinar destes indivíduos, quer em contexto pré-terapêutico, quer na avaliação dos resultados da terapêutica radioterápica.

Deste modo, importa ter presente que o conceito de resposta completa se baseia não só na avaliação digital, mas também na demonstração de ausência de tecido tumoral viável quer endoscopicamente, quer no estudo por RM da pélvis. A este propósito, tem sido demonstrado que o recto submetido a radioterapia raramente – embora tal possa acontecer – retoma um aspecto normal da sua parede. De facto, na grande maioria dos casos em que se verifica resposta completa as imagens de RM mostram alterações de fibrose parietal, mais ou menos extensa, que se manifestam sob a forma de áreas de hipossinal nas sequências ponderadas em T2. Há no entanto um considerável compromisso diagnóstico das sequências morfológicas na caracterização destas alterações, pois é sabido que no seio destas áreas fibróticas podem coexistir células tumorais ainda viáveis cuja capacidade de detecção vai para além do limiar oferecido pela RM. Considerando esta limitação, alguns estudos têm derivado a sua atenção para a avaliação de outras sequências, nomeadamente para as ponderadas em difusão e para as sequências de transferência de magnetização. No caso concreto das primeiras, ficou provado em vários trabalhos publicados essencialmente nesta década que a capacidade discriminativa entre fibrose e tecido tumoral viável restante é superior à das imagens morfológicas, o que permitiu alcançar com maior grau de confiança diagnóstica o diagnóstico de resposta completa. Ainda assim, e à excepção de um único estudo bi-institucional, todos os estudos publicados são mono-institucionais e dessa forma pouco generalizáveis, carecendo da validação científica que habitualmente se encontra associada a estudos multicêntricos de cariz mais alargado. As sequências de transferência de

magnetização também provaram ser úteis neste mesmo contexto, mas são ainda muito raramente aplicadas na prática clínica corrente.

Para além da resposta do tumor primário, importa ainda verificar o grau de resposta das estruturas ganglionares metastizadas, tendo sido demonstrado que nos doentes com ressecção cirúrgica radical em que existiu regressão completa local (ypT0), em cerca de 10% foi observada invasão ganglionar metastática. Curiosamente, e ao contrário do que acontece com o tumor primário, os gânglios são frequentemente passíveis de uma correcta caracterização imagiológica apenas com base nos seus aspectos morfológicos nas imagens pós-radioterapia, não sendo pois necessário recorrer a sequências adicionais – como por exemplo as ponderadas em difusão – por não oferecerem um significativo incremento da acuidade diagnóstica.

É também relevante mencionar que o estudo por RM deverá idealmente ser realizado obedecendo a parâmetros técnicos rigorosos, interpretado por radiologistas experientes e validado em centros com sub-especialização nesta área.

Importa não esquecer, como mencionado acima, que a seleção de doentes candidatos à preservação do recto não se baseia apenas em critérios de imagem, mas deverá também integrar os achados dos exames digital e endoscópico.

Um outro aspecto relevante e relacionado com as considerações prévias prende-se com a capacidade de prever a resposta de determinada lesão tumoral à radioterapia antes mesmo de ela ter início. Tal predição teria óbvias e importantíssimas implicações na abordagem dos pacientes com cancro do recto, mas os trabalhos publicados até hoje acerca do papel da RM – particularmente das sequências ponderadas em difusão e de alguns estudos de perfusão –, apesar de alguns resultados interessantes (embora por vezes contraditórios), carecem de validação em estudos multicêntricos.

Nos centros que preconizam uma abordagem não-cirúrgica para doentes seleccionados com cancro do recto após radioterapia, os pacientes com respostas completas são incluídos num estrito protocolo de seguimento com realização de exame digital, estudo endoscópico e ressonância magnética pélvica. Se com frequência assistimos a quadros de resposta clínica completa sustentada ao longo do tempo, casos há em que perante uma suspeita endoscópica e/ou imagiológica de recidiva tumoral é possível intervir cirurgicamente de

forma atempada, permitindo um tratamento com intuito curativo. Desta forma, a abordagem não-invasiva é por vezes transformada numa terapêutica cirúrgica diferida no tempo, em casos de recidiva tumoral.

Esta mudança de paradigma não pode no entanto ser ainda considerada como alternativa generalizada ao tratamento cirúrgico convencional, pois levanta algumas questões prementes. Se por um lado o comportamento do tumor, dependente largamente do seu perfil genético, não pode ainda ser caracterizado pelos métodos acima referidos, há que considerar adicionalmente o facto de a possível persistência de células residuais viáveis após radioterapia manter um potencial metastizante, enquanto persiste a opção pelo tratamento não-cirúrgico. E mesmo após resposta completa

não é possível excluir que células tumorais entretanto em circulação tenham já originado metástases à distância – o que pode ocorrer em até 15% dos indivíduos.

Em conclusão, serão seguramente necessários estudos prospectivos e randomizados, multi-cêntricos, que venham a esclarecer qual é a opção terapêutica que poderá conduzir a melhores resultados oncológicos. Atendendo aos trabalhos que vêm sendo publicados, será porventura admissível a implementação desta estratégia integrada num estudo prospectivo e randomizado, em comparação com a opção convencional de radioquimioterapia seguida de cirurgia radical, conduzida em centros de referência, com experiência no diagnóstico, tratamento e vigilância desta doença.