

RESSECÇÃO DE METÁSTASE HEPÁTICA GIGANTE DE TUMOR COLÔNICO

JULIO CEZAR UILI COELHO - TSBCP
DANIELLE DUCK
CHRISTIANO MARLO PAGGI CLAUS

COELHO JCU; DUCK D; CLAUS CMP. Ressecção de Metástase Hepática Gigante de Tumor Colônico. *Rev Bras Coloproct*, 2004; 24(2): 262-265.

RESUMO: Hepatectomia é o tratamento de escolha de pacientes com metástases de carcinoma colorretal, devido à melhora da sobrevida a longo-prazo. Um homem de 29 anos de idade perdeu 14 kg em 3 meses. A tomografia abdominal mostrou um único tumor secundário de 17 cm no lobo hepático direito. A biópsia percutânea da lesão demonstrou tratar-se de um adenocarcinoma. A colonoscopia revelou um tumor grande do cólon transverso. O antígeno carcinoembrionário era de 4.273 ng/ml, o CA 19-9 de 4.759 UI/ml e a alfafetoproteína de 2,05 ng/ml. O paciente foi submetido a colectomia direita e a trissegmentectomia hepática direita. No pós-operatório evoluiu sem complicações. O tamanho da metástase hepática de um carcinoma colorretal não é contra-indicação para hepatectomia.

Unitermos: hepatectomia; colectomia; carcinoma colônico; metástase hepática.

INTRODUÇÃO

A ressecção hepática de metástases de câncer colorretal é a única forma de tratamento com potencial de cura.² As indicações para ressecção cirúrgica permanecem controversas.^{2,4} A recorrência da doença desenvolve-se em dois terços dos pacientes submetidos a hepatectomia por metástases colorretais.⁴ A avaliação de fatores de risco pré-operatórios pode selecionar os candidatos a ressecção e predizer os resultados a longo prazo.⁹ O tamanho da metástase hepática proveniente de tumores colorretais é um fator prognóstico para recorrência e avaliação do comportamento biológico do tumor.^{3,6} O nosso objetivo é descrever um caso de metástase hepática gigante e única em um paciente jovem, submetido à colectomia por adenocarcinoma colônico.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 29 anos, apresentava queixa de febre e emagrecimento de 14 kg em 3 meses. Negava manifestações gastrointestinais. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, relatando desconforto e dor à palpação do hipocôndrio direito e fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito. A tomografia computadorizada de abdome revelou a presença de uma lesão hepática gigante, de 17cm, ocupando todo o lobo hepático direito, com características de lesão metastática, sem comprometimento da veia porta e supra-hepáticas (Figura-1). A biópsia percutânea da lesão evidenciou adenocarcinoma. Prosseguindo a investigação foi realizada colonoscopia que revelou a presença de lesão vegetante e ulcerada em ângulo hepático do cólon transverso ocupando toda a circunferência da luz do órgão. A radiografia de tórax e a cintilografia óssea foram normais. A dosagem de marcadores tumores demonstrou antígeno carcinoembrionário de 4.273 ng/ml, CA 19-9 de 4.759 UI/ml e alfafetoproteína de 2,05 ng/ml.

Trabalho realizado no Hospital Nossa Senhora das Graças de Curitiba - PR

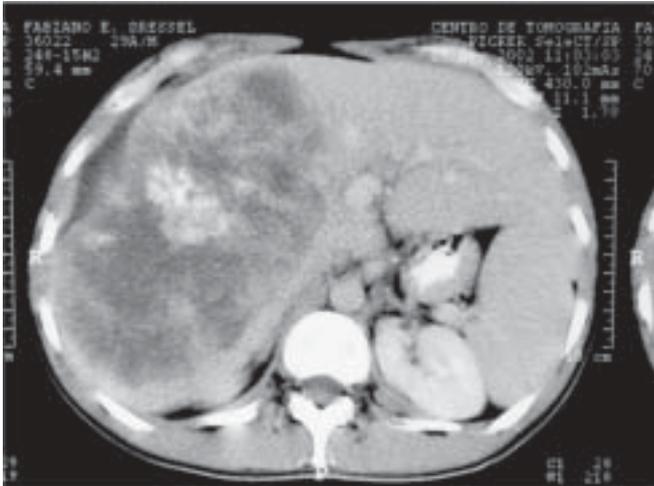


Figura 1 – Tomografia computadorizada do abdômen mostrando tumor gigante em lobo hepático direito.

O paciente foi submetido a laparotomia por incisão subcostal direita de 20cm. O ângulo hepático apresentava massa tumoral extensa, sem invasão de estruturas vizinhas. O tumor de lobo hepático direito era único, bem delimitado e não apresentava invasão das veias hepáticas, da veia porta e da veia cava. Confirmada a ressecabilidade das duas lesões e ausência de doença disseminada, a incisão foi prolongada tanto para a região subcostal esquerda como para a linha mediana em direção ao esterno (incisão em estrela de Mercedes Benz). Foram realizadas colectomia direita e trisegmentectomia direita (ressecção dos segmentos IV, V, VI, VII e VIII). Para a hepatectomia, foram inicialmente realizadas dissecação e ligadura das veias hepáticas direita e média. A seguir, o pedículo hepático foi dissecado e o ducto hepático direito, a artéria hepática direita, o ramo arterial para o segmento IV e o ramo direito da veia porta foram ligados e seccionados. O parênquima hepático foi seccionado 1 cm à direita do ligamento falciforme, após a realização da manobra de Pringle para reduzir perda sangüínea. Não foi realizada transfusão de hemoderivados e dreno de suctor foi colocado na região subhepática direita.

O exame anátomo-patológico do cólon direito demonstrou a presença de adenocarcinoma colônico tubular, moderadamente diferenciado, de tamanho 7x5x1,7 cm e com comprometimento de um dos dezessete linfonodos ressecados. O tumor foi classificado como Dukes D (Classificação de Astler-Coller) pela presença de metástase à distância (hepática). O produto da trisegmentectomia pesava 3.600g e demonstrava tumor nodular metastático, único, bem delimitado, subcapsu-

lar, com 23x21x13cm (Figura-2). Pelo menos 2 cm das margens cirúrgicas não apresentavam neoplasia. O estadiamento patológico final do tumor foi T3 N1 M1.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta no 6º dia de pós-operatório sem complicações. Encontra-se atualmente assintomático, em tratamento adjuvante quimioterápico com 5-fluorouracil.

DISCUSSÃO

Aproximadamente 25% dos pacientes com câncer colorretal apresentam metástases detectáveis à apresentação e mais 25% desenvolvem metástases durante a evolução da doença. A doença metastática permanece como a principal causa de óbito relacionada ao câncer.²

A ressecção hepática é o tratamento de escolha para pacientes com metástases hepáticas de câncer colorretal.^{2,4} O primeiro relato de ressecção para metástase de câncer colorretal ocorreu em 1941 por Richard Castell.⁷ Vários estudos têm demonstrado que, apesar da complexidade, as ressecções hepáticas são realizadas com taxa de mortalidade menor que 5%, sendo próxima a zero em muitos serviços.^{4,7} A trisegmentectomia apresenta morbidade de 26,1 a 57,9% e mortalidade de 0,8 a 6,7%.^{6,9} A idade, presença de doenças associadas, quantidade de transfusão de hemoderivados e experiência do cirurgião são os principais fatores que se correlacionam com a morbidade e mortalidade.^{6,9}



Figura 2 – Fotografia da peça cirúrgica evidenciando produto de trisegmentectomia hepática direita com tumor de 17 cm.

A completa ressecção de metástases hepáticas detectáveis resulta em sobrevida em 5 anos de 24 a 48%.^{3,9} Além disso, a hepatectomia é o único tratamento com potencial de cura.^{1,5} Quando comparada à história natural da doença, pacientes sem tratamento apresentam sobrevida média de 6 a 12 meses e a média de sobrevida para pacientes em tratamento quimioterápico é de 12 a 24 meses.^{2,4} Entretanto, as indicações são limitadas e a taxa de ressecabilidade relatada é de apenas 25%.⁶

A segurança de ressecções hepáticas tem aumentado, sendo realizadas para pacientes com metástases múltiplas (22,6%), bilobares (37,9%), gigantes (28,9%) e com infiltração vascular ou biliar (17,8%).⁶ Apenas 3% dos pacientes indicados à cirurgia para ressecção das lesões não são submetidos a ressecção completa pelo envolvimento extenso do fígado pelo tumor.^{4,7} Esta abordagem mais agressiva é baseada na segurança das hepatectomias e na falta de bons resultados associada a outras formas de tratamento.

A avaliação de critérios clínicos pode prever aspectos associados à falha no tratamento cirúrgico, auxiliando na seleção dos pacientes candidatos a ressecção e identificar aqueles que podem se beneficiar com terapia adjuvante. A quimioterapia tem grande impacto como tratamento adjuvante em casos de doença residual mínima ou microscópica.

As características que afetam o prognóstico permanecem incertas. Este fato tem contribuído para o aumento de outras formas de tratamento. Crioablação e ablação por radiofrequência são promessas para o tratamento de metástases de câncer colorretal.

Os principais fatores associados a um pior prognóstico após hepatectomia são a presença de doença sistêmica e margens comprometidas após a ressecção. A utilização de ultrassonografia intra-operatória pode auxiliar na detecção de margens comprometidas.⁶ O tamanho das metástases, número de lesões, nível de antígeno carcinoembrionário (CEA), comportamento do tumor primário e intervalo livre de doença são controversos quanto a sua relação com o prognóstico.^{4,3,6,9} Neste relato apresentamos o caso de um paciente jovem, com metástase hepática gigante, 23cm, de câncer colorretal, submetido a trisegmentectomia direita e colectomia direita simultâneas. Este relato confirma que a presença de metástase hepática gigante de câncer colorretal não é contra-indicação para hepatectomia.

A hepatectomia também pode ser considerada para o tratamento de recorrência pós-operatória. É observado um aumento na expectativa de vida em pacientes submetidos à nova ressecção quando comparados àqueles que não receberam este tratamento.

SUMMARY: Hepatic resection is the treatment of choice for patients with metastasis from colorectal carcinoma because it offers a reasonable chance of long-term survival. A 29-year-old male lost 14 kg of weight in three months. An abdominal tomography showed a single 17 cm secondary tumor of the right lobe of the liver. A percutaneous biopsy demonstrated adenocarcinoma. A colonoscopy revealed a large tumor of the transverse colon. Carcinoembryonic antigen was 4.273 ng/ml, CA 19-9 4.759 UI/ml, and alpha-fetoprotein 2,05 ng/ml. The patient was subjected to a right colectomy and a right hepatic trisegmentectomy. The postoperative recovery was uneventful. The size of hepatic metastasis from a colorectal carcinoma is not a contraindication to hepatectomy.

Key words: hepatectomy; colectomy; colonic carcinoma; hepatic metastasis

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo GF, Costa OM, Santos MFS, Cuba RMB, Gomes JLP. Hepatectomias: análise crítica retrospectiva de 21 casos. *Rev Col Bras Cir* 2002;29:161-165.
2. Beard M S, Holmes M, Price C, Majeed A. Hepatic resection for colorectal liver metastases: a cost effectiveness analysis. *AnnSurg* 2000;6:763-776.
3. Cady B, Jenkins R L, Steele G D, Lewis D, Stone M D, McDermott V W, Jessup A B, Bothe A, Lalor P, Lovett E J, Lavin P, Linehan C D. Surgical margin in hepatic resection for colorectal metastasis. *Ann Surg* 1998;227:566-571.
4. Fong Y, Fortner J, Sun L R, Brennan F M, Blumgart H L. Clinical score predicting recurrence after hepatic resection for metastatic colorectal cancer. *Ann Surg* 1999; 3:309-321.
5. Fonseca FCF, Belghiti J, Bravo Neto GP, Nakajima GS.

- Hepatectomia direita no tratamento da metástase hepática do carcinoma colorretal. **Rev Col Bras Cir** 2003;30:302-313.
6. Minagawa M, Makuuchi M, Imamura H, et al. Extension of the frontiers of surgical indications in the treatment of liver metastases from colorectal cancer. **Ann Surg** 2000; 4:487-499.
 7. Parc R, Hecht Y, Campos ACL. Tumores hepáticos. In: Coelho JCU. *Aparelho Digestivo. Clínica e Cirurgia*. 2ª ed. Medsi, Rio de Janeiro, 1996, p.1209-1232.
 8. Ribeiro J, Vieira OM, Hannoun L, Delva E. Hepatectomias. **Rev Col Bras Cir** 1992;19:234-236.
 9. Ueno H, Mochizuki H, Hatsuse K, Yamamoto T. Indicator for treatment strategies of colorectal liver metastases. **Ann Surg** 2000;1:59-66.

Endereço para correspondência:

Júlio Coelho
Rua Bento Viana, 1140 – Ap. 2202
80240-110 – Curitiba (PR)
Fone/Fax: (41) 322-3789