

PAPEL DA RESSECÇÃO LIMITADA NA CIRURGIA DO CÂNCER DE PULMÃO

Paulo de Biasi

Introdução

Durante muitos anos, a ressecção lobar foi considerada a menor cirurgia possível para tratar adequadamente o câncer de pulmão. Desde 1933, quando Graham realizou e descreveu a primeira remoção de um tumor pulmonar com uma pneumectomia, a ressecção total do pulmão passou a ser considerada o padrão-ouro no tratamento do câncer de pulmão. Entretanto, ao longo dos anos, cirurgias de menor porte foram empregadas em pacientes nos quais a pneumectomia ou mesmo a lobectomia não eram possíveis em decorrência de co-morbidades, fossem elas de natureza funcional pulmonar ou de ordem cardiológica. Alguns autores passaram mesmo a advogar a cirurgia, chamada de limitada por remover uma quantidade de tecido pulmonar menor que o lobo, mesmo em pacientes funcionalmente capazes. Invariavelmente, estas descrições eram retrospectivas e as séries envolviam um pequeno número de pacientes, o que colocava em dúvida a fidelidade dos resultados obtidos. Tal polemica foi definitivamente resolvida na década de 90, quando um estudo prospectivo, randomizado, realizado pelo Lung Cancer Study Group, demonstrou uma maior taxa de recidiva local quando a ressecção limitada era utilizada. Apesar de não ter sido demonstrado um impacto negativo na sobrevida, analisada após cinco anos do tratamento, a maior taxa de recidiva local observada nas cirurgias limitadas permitiu aos autores concluir que a lobectomia era a menor cirurgia possível para tratar adequadamente os tumores malignos do pulmão. Tais conclusões foram aceitas universalmente e passaram a representar o estado da arte do tratamento cirúrgico do câncer de pulmão.

Entretanto, dez anos já se passaram desde a publicação daquele estudo, e, apesar do valor inquestionável da publicação, o cenário do câncer pulmonar mudou. Antes de analisar o caso dos tumores de pulmão, é interessante observar o que ocorreu com os tumores malignos da mama, sitio no qual os tumores passaram a ser diagnosticados em fases mais precoces em consequência da expansão dos programas de detecção precoce. Estes programas incorporaram as campanhas difundindo o auto-exame das mamas e disseminaram o uso da mamografia, levando assim ao diagnóstico dos tumores malignos

em fase mais precoce de seu desenvolvimento. Em conseqüência, passamos de uma realidade na qual a mastectomia radical era a regra, para um cenário atual no qual a quadrantectomia ou segmentectomia da mama e a exploração do linfonodo sentinela passaram a ser rotina, nos principais serviços de mastologia em todo o mundo.

No âmbito do câncer de pulmão, estudos de três grandes instituições na década de 70 concluíram que os programas de rastreamento do câncer de pulmão eram ineficazes na redução da mortalidade causada pelo câncer de pulmão. Apesar disso, o senso comum nos mostra que quanto mais precocemente acontece o diagnóstico do câncer, melhores são os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico. Esta observação pode ser feita diretamente das tabelas de sobrevida publicadas no estadiamento TNM dos tumores pulmonares em 1997, onde verificamos que o percentual de pacientes vivos após cinco anos decresce à medida que o estadiamento aumenta. Infelizmente, os tumores pulmonares continuam a ser diagnosticados tardiamente na maior parte dos casos. No Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro, um estudo com cerca de trezentos casos revelou que apenas cerca de 15% dos casos matriculados eram passíveis de tratamento cirúrgico, índice significamente menor que o descrito tradicionalmente na literatura, em torno de 30%. Certamente, o fato de o INCA ser uma instituição terciária, além da dificuldade de acesso aos meios de diagnóstico e tratamento na rede básica de atenção à saúde, contribui para esta observação. Ainda mais, esta é a realidade observada na América Latina, de acordo com questionário, cujos dados foram divulgados na 11^a Conferencia Mundial de Câncer de Pulmão, em julho de 2005. Porém, no cenário observado no Extremo Oriente, a influencia dos estudos citados anteriormente não aconteceu. Assim, programas de rastreamento do câncer de pulmão continuaram a ser estudados, inclusive com o desenvolvimento de técnicas com tomografia computadorizada de baixa dose. Isto permitiu o diagnóstico precoce do câncer e, conseqüentemente, alternativas de tratamento com ressecções menores passaram a ser utilizadas.

Quando analisamos o papel da cirurgia conservadora no câncer pulmonar, alguns aspectos, listados a seguir, devem ser observados. Agora existe um novo cenário, conseqüência do redescobrimento dos programas de rastreamento de câncer de pulmão, no qual uma lesão, menor que dois ou mesmo que um centímetro, é identificada, trazendo à

baila a questão da ressecção limitada em pacientes com estádios iniciais da doença, mesmo naqueles com função pulmonar que permite ressecção lobar. Para que tenhamos elementos para analisar esta questão, é interessante procurar responder às seguintes perguntas:

- a) - Existe diferença na morbidade e na mortalidade quando a cirurgia de menor porte é empregada em comparação com a lobectomia tradicional?
- b) - A taxa de recidiva local é comparável?
- c) - Os índices de cura são semelhantes?

Ainda mais, em relação ao procedimento cirúrgico propriamente dito, algumas questões também devem ser estudadas:

- a) - Ressecção em cunha oferece o mesmo resultado que uma segmentectomia regradada?
- b) - Linfadenectomia ou amostragem é necessária ou ressecção pulmonar apenas é suficiente?

Em primeiro lugar, é necessário definir segmentectomia. Esta técnica envolve a dissecação hilar e a remoção de uma segmento pulmonar após a ligadura da artéria segmentar e do brônquio correspondente. A separação do segmento do restante do pulmão é feita ao longo do plano venoso, seja por tração ou com o uso de grampeadores automáticos (mais comum). A ressecção em cunha remove uma área triangular de parênquima incluindo a tumoração. Obrigatoriamente, as margens cirúrgicas devem ser estudadas intraoperatoriamente, através de congelação dos limites. A diferença destes procedimentos em relação a uma lobectomia radical está no fato de que, com uma ressecção em cunha, linfonodos intrapulmonares (níveis 12 e 13) podem não ser removidos, o que levaria a uma taxa de recidiva maior e, conseqüentemente, à falência do tratamento. Os estudos descritos até o momento mostram que em lesões descobertas através de rastreamento, que não tem componente sólido ou naqueles em que tal componente é menor que 50% da lesão e cujo diagnóstico é de carcinoma bronquíolo-alveolar podem prescindir de um esvaziamento, portanto podem ser tratados com ressecção em cunha. Nos casos com diagnóstico de outros tipos histológicos, ressecção em cunha é contra-indicada, e deve-se avaliar então o papel da segmentectomia com esvaziamento.

Jensik, em 1973, descreveu os resultados do tratamento de 119 pacientes portadores de câncer de pulmão e submetidos a uma segmentectomia. Naqueles, nos quais a ressecção foi considerada curativa, a sobrevida em 5 anos foi de 56,4%, comparável à obtida com lobectomia. Entretanto, um estudo do mesmo grupo publicado em 1994 mostrou uma taxa de recidiva local elevada nas ressecções parciais, além de uma vantagem na sobrevida nos pacientes com tumores menores que 3 cm. Estes resultados são semelhantes aos descritos por Ginsberg no único estudo randomizado existente, portanto, considerando-se o aspecto da evidencia científica, a lobectomia permanece como a cirurgia de escolha.

Entretanto, como consequência dos programas de rastreamento de câncer de pulmão descritos pelos japoneses, vários grupos passaram a descrever recentemente sua experiência com tumores de menor tamanho. Autores como Kodama, Okada, Koike e outros descreveram pacientes com tumores no estágio IA, tratados com segmentectomia e esvaziamento linfonodal mediastinal, com sobrevidas comparáveis àquelas obtidas com lobectomia. Além disso, as taxas de recidiva local não foram diferentes das conseguidas com lobectomia, especialmente nos pacientes com tumores menores que dois cm. Todos enfatizam a necessidade do esvaziamento mediastinal associado. Necessariamente devem ser pacientes com tumores periféricos, parecendo haver um melhor prognóstico para aqueles com carcinoma epidermóide ou adenocarcinoma bem diferenciado.

Ainda como consequência do uso da tomografia computadorizada para rastreamento de câncer de pulmão, uma entidade conhecida como opacidade em vidro fosco foi descrita e caracterizada como inicial em alguns casos de adenocarcinoma, especificamente do carcinoma bronquioloalveolar. Noguchi classificou estas lesões em função do percentual do conteúdo sólido em proporção ao componente de vidro fosco. Observou ainda que os pacientes com componente sólido menor que 50% da área comprometida, mais freqüentemente são portadores de carcinoma bronquioloalveolar sem disseminação linfática. A partir deste achado e da experiência de outros, uma cirurgia de ressecção em cunha da lesão sem dissecação linfonodal foi utilizada em alguns pacientes com índices de cura em torno de 90%. Apesar de se tratar de estudos iniciais e não randomizados parece existir uma tendência para cura com ressecção em cunha nesta situação. Vale lembrar que

cada vez mais observaremos estes achados em razão da disseminação do uso da tomografia computadorizada nos pacientes do grupo de risco para câncer de pulmão.

Por fim, em uma metanálise publicada pela Cochrane Database System Review, em 2005, na qual foram incluídos 11 publicações com um total de 1910 pacientes, os autores concluíram que a cirurgia tem vantagens sobre o tratamento não cirúrgico e que a dissecação linfonodal parece oferecer vantagens. Uma outra metanálise, publicada por Nakamura, comparou os resultados obtidos com segmentectomia e lobectomia em 14 estudos. Concluiu que não existe diferença significativa entre os resultados utilizando-se uma ou outra técnica cirúrgica em pacientes com doença no estágio I, apesar das ressalvas em relação à qualidade dos estudos incluídos na metanálise.

Em conclusão, a lobectomia permanece como a cirurgia de escolha, entretanto, evidências cada vez maiores vêm se acumulando mostrando que possivelmente a ressecção limitada pode ser empregada em um subgrupo de pacientes com tumores iniciais e menores que dois centímetros, especialmente quando recordamos que os pacientes operados de câncer de pulmão têm chance bem maior que a população em geral, de desenvolver um segundo tumor primário no próprio pulmão e necessitar de nova intervenção cirúrgica.

REFERENCIAS:

- 1) Graham EA, Singer JJ. Successful removal of an entire lung for carcinoma of the bronchus. JAMA 1933;101:1371.
- 2) Jensik RJ, Faber LP, Milloy FJ et al. Segmental resection for lung cancer. A fifteen-year experience. J Thorac Cardiovasc Surg 1973;66:563-572.
- 3) Ginsberg RJ, Rubinstein LV. Randomized trial of limited resection in T1N0 NSCLC. Lung Cancer Study Group. Ann Thorac Surg 1995;60:315-23.
- 4) Manser R, Wright G, Hart D, Byrnes G, Campbell DA. Surgery for early stage non-small cell lung cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25.
- 5) Koike T, Yamato Y, Yoshiya K, Shimoyama T, Suzuki R. International limited pulmonary resection for peripheral T1 N0 M0 small-sized lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2003;924-8.
- 6) Nakamura H, Kawasaki N, Taguchi M, Kabasawa K. Survival following lobectomy vs limited resection for stage I lung cancer: a meta-analysis. Br J Cancer 2005;92:1033-7.

- 7) Landreneau RJ, Sugarbaker DJ, Mack MJ, et al. Wedge resection versus lobectomy for stage I (T1 N0 M0) non-small-cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;113:691-700.
- 8) Watanabe S, Oda M, Go T, et al. Should mediastinal nodal dissection be routinely undertaken in patients with peripheral small-sized (2cm or less) lung cancer? Retrospective analysis of 225 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:1007-11.
- 9) Wu Y, Huang ZF, Wang SY, Yang XN, Ou W. A randomized trial of systematic nodal dissection in respectable non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2002;36:1-6.