

Hepatectomia central para o tratamento de metástases de adenocarcinoma de reto: relato de caso

Mesohepatectomy for metastases from rectal adenocarcinoma: report of a case

SERGIO RENATO PAIS COSTA, NIVALDO MARQUES CABRAL, ANDRÉ VARELLA KATZ, FRANCISCO CÉSAR CARNEVALE, ALEXANDRE GENIS GHELMAN, RENATO ARIONI LUPINACCI

Hospital Alemão Osvaldo Cruz – São Paulo – Brasil

RESUMO

As hemihepatectomias ou hepatectomias ampliadas têm sido recomendadas para o tratamento de lesões localizadas nos segmentos centrais do fígado (segmentos IVA, IVB, V e VIII). A hepatectomia central, ressecção dos segmentos mediais do fígado com preservação de uma porção de ambos os lobos remove grandes tumores centrais, conservando mais parênquima hepático funcional que as hepatectomias ampliadas (esquerda ou direita). No entanto, essa operação é raramente indicada, sendo um procedimento tecnicamente trabalhoso e cuja aplicação ainda está por ser definida. Os autores relatam o caso de um paciente de 35 anos de idade que apresentava múltiplas metástases hepáticas de origem retal que foi submetido a mesohepatectomia com sucesso.

Unitermos – Hepatectomia central; Ressecção hepática; Metástases hepáticas.

SUMMARY

Formal anatomic (lobar) or extended hepatectomies have been recommended for liver metastases located centrally within the liver (Couinaud's segments IV A, IV B, V, and VIII). Mesohepatectomy, resection of the central hepatic segments and leaving the right and left segments in situ, removes large central tumors preserving more functioning liver tissue than either extended left or right hepatectomy. Mesohepatectomy is a seldom used, technically demanding procedure, and its application is yet to be defined. The authors present a case of multiple hepatic metastases from rectal cancer in a 35-years-old man that was submitted a successful mesohepatectomy.

Keywords – Mesohepatectomy; Hepatic resection; Colorectal metastases.

INTRODUÇÃO

As metástases hepáticas são encontradas em aproximadamente 50% dos pacientes com câncer colorretal, sendo que o fígado é o único local de recorrência inicial em até 30% dos pacientes com doença metastática. Atualmente, a cirurgia é o único tratamento com opção de cura e prolongamento da sobrevida. Recentemente, a sobrevida em cinco anos dos pacientes submetidos à ressecção completa das metástases hepáticas tem variado de 25 a 55% nas últimas séries⁽¹⁻³⁾. Em contrapartida, quando esses pacientes são tratados com quimioterapia sistêmica exclusiva (mesmo na vigência de novas associações de drogas mais efetivas), os sobreviventes

em cinco anos são anedóticos e raramente vivem mais do que três anos⁽⁴⁾.

Com o melhor conhecimento da biologia tumoral associado paralelamente à diminuição da mortalidade das hepatectomias e a ausência de tratamento com resultados semelhantes, houve conseqüentemente acentuada expansão das indicações das ressecções de metástases. Contudo, em que pese todos os esforços envolvidos no que tange à ampliação da ressecabilidade, estima-se que apenas 10 a 15% de todos os pacientes são candidatos a esse tipo de tratamento. Atualmente, a evolução de técnicas como ressecções em dois ou mais tempos (com ou sem embolização portal), associação da ressecção

com métodos de ablação (notadamente a radiofrequência) e utilização de quimioterapia neo-adjuvante tem promovido o aumento da probabilidade de ressecção em casos anteriormente dados como irressecáveis, particularmente naqueles com múltiplas metástases bilaterais⁽¹⁻⁸⁾.

Paralelamente, do ponto de vista histórico, as grandes lesões de localização central (segmentos IV, V e VIII) têm sido tratadas com hepatectomias estendidas ou ampliadas (tanto direita quanto esquerda). Porém, tais operações invariavelmente sacrificam grande quantidade de parênquima hepático e, quando o volume hepático remanescente é menor que 20-30%, carregam grande probabilidade de insuficiência hepática pós-operatória. A hepatectomia central, que consiste na ressecção dos segmentos IV, V e VIII, tem sido uma alternativa às hepatectomias estendidas. Todavia, por ser uma cirurgia de exceção, é raramente lembrada, mormente para a ressecção de metástases. Além de promover a maior conservação de parênquima hepático e consequentemente diminuir a probabilidade de insuficiência hepática pós-operatória de maneira considerável, apresenta radicalidade oncológica apropriada desde que adequadamente indicada⁽⁹⁻¹¹⁾. Em nosso meio, Torres *et al.*⁽¹⁰⁾ descreveram um caso de carcinoma hepatocelular de localização central que foi submetido a esse tipo de operação com boa evolução. Esta cirurgia é mais comumente realizada para carcinoma de vesícula, porém mais raramente tem sido indicada para ressecção de metástases⁽⁹⁻¹¹⁾. No presente estudo, os autores relatam um caso bem sucedido de hepatectomia central realizada em um paciente portador de múltiplas metástases hepáticas originárias de um câncer retal previamente tratado.

RELATO DO CASO

Paciente de 35 anos de idade, do sexo masculino e caucasiano. Apresentava sangramento retal e tenesmo. Realizou retossigmoidoscopia rígida, que observou lesão anelar e estenosante (8cm da borda anal), cuja biópsia mostrou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O paciente prosseguiu o estadiamento com ultra-sonografia anorretal, tomografia de abdome e tórax, colonoscopia e marcadores tumorais (CEA e CA 19,9). A lesão pela ultra-sonografia endorretal era de um T3N0Mx (classificação TNM). À tomografia de abdome foi observada a presença de seis lesões hepáticas (cinco delas sugestivas de metástases), assim distribuídas: três lesões heterogêneas em segmentos IV, V e VIII, de tamanhos que variavam de 1 x 1cm até 9 x 6cm, uma lesão heterogênea de 3 x 2cm em lobo caudado e uma lesão cística de 1,5 x 1,5cm em segmento VII. Em relação às lesões centrais (segmentos IV, V e VIII), a maior era confluyente com as demais, envolvia os segmentos IV, V e VIII e apresentava tênue plano de clivagem em relação ao tronco principal da veia porta. Todas essas lesões eram

aparentemente ressecáveis, à custa de uma hepatectomia direita ampliada para o segmento IV com ressecção do lobo caudado, porém o lobo hepático esquerdo remanescente apresentava volumetria insuficiente. Os marcadores tumorais eram, respectivamente: CEA = 300,0ng/ml e CA19-9 = 50,0ng/ml. Com intuito curativo, o paciente foi encaminhado à radioquimioterapia neo-adjuvante para a lesão do reto (5.040cgy de radioterapia + 5-fluoracil e leucovorin), obtendo resposta parcial aos exames subsidiários. Ao fim de quatro semanas da neo-adjuvância, foi encaminhado para embolização portal (EP), com intenção de promover aumento da volumetria do lobo esquerdo. Esse procedimento foi realizado com sucesso e evoluiu sem intercorrências. Após o período de 20 dias da realização da EP, o paciente foi submetido à ressecção anterior baixa com preservação esfinteriana e durante essa operação foi realizada ultra-sonografia intra-operatória (USIO). Pela USIO foram diagnosticadas, além das seis lesões observadas na tomografia pré-operatória, duas novas lesões que eram superficiais e mediam 1,5 x 1,5cm em segmentos II e III, respectivamente. O paciente evoluiu bem da cirurgia e foi iniciada quimioterapia neo-adjuvante com 5-fluoracil + oxaliplatina (FOLFOX) + bevacizumabe. Foram realizados ao todo três ciclos de quimioterapia e a doença permaneceu estável. O esquema quimioterápico foi novamente mudado para 5-fluoracil + irinotecam (FOLFIRI), sendo realizados dois ciclos com essa combinação. Novamente, a doença permaneceu estável e sem progressão. Paralelamente, nesse ínterim houve recanalização da veia porta direita e não houve mudança significativa na volumetria residual do lobo esquerdo.

O paciente foi novamente estadiado permanecendo com as lesões do mesmo tamanho e localização (ver figura – tomografia pré-operatória). Frente a esse quadro clínico, foi pesado o custo-benefício de uma cirurgia e discutida com o paciente a possibilidade de ressecção, com a proposta citorrredutora. A cirurgia programada no pré-operatório foi uma hepatectomia central com ablação por radiofrequência da lesão do lobo caudado e mais enucleação das lesões nos segmentos II e III. Após o aceite do paciente, ele foi submetido à exploração cirúrgica e, por meio de uma incisão subcostal direita com ampliação à esquerda (incisão de chevron), foi realizado o inventário da cavidade abdominal, não se observando sinais evidentes de carcinomatose ou metástases linfonodais a distância. O achado intra-operatório do fígado confirmou o achado tomográfico pré-operatório (ver figura 2), que foi confirmado por nova USIO. Assim sendo, não foram observadas por esse exame novas lesões metastáticas para o fígado além das visualizadas por ocasião da primeira operação (ressecção anterior do reto). O paciente foi submetido subsequente a uma hepatectomia central como descrita por Wu *et al.*⁽¹¹⁾ associada

à linfadenectomia hilar, enucleação das duas lesões superficiais nos segmentos II, III e ablação por radio-freqüência da lesão em lobo caudado (ver figuras 3 e 4).



Figura 1 – Tomografia pré-operatória (hepatectomia)

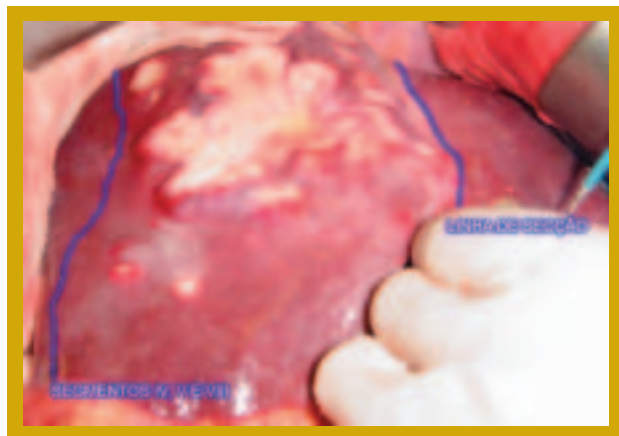


Figura 2 – Achado intra-operatório



Figura 3 – Hepatectomia central + enucleação de lesão segmento II



Figura 4 – Enucleação de lesão segmento III + radioablação em lobo caudado

A tática operatória foi: mobilização completa dos lobos direito e esquerdo pela secção dos ligamentos coronários, avaliação da posição do tumor em relação às veias hepáticas e veia cava inferior (VCI) retro-hepática pela palpação bimanual e USIO pelo cirurgião principal. Veias hepática esquerda e direita dissecadas na sua origem junto à VCI, que foi reparada e cadarçada para controle vascular. Realizada colecistectomia anteriormente à divisão da placa hilar. Foram realizadas a dissecação, identificação e reparo das seguintes estruturas: ducto biliar proximal, ductos hepático direito e esquerdo, artérias hepática direita e esquerda e ramos direito e esquerdo da veia porta. Para confirmar a ressecabilidade, a área entre as veias hepáticas principais e o plano retroportal da VCI foram dissecados, desenvolvendo um plano anterior à VCI. A habilidade para dissecar e definir a superfície anterior da VCI retro-hepática foi requerido como prova final da ressecabilidade. Os vasos da parte esquerda do segmento IV foram então dissecados e ligados após secção hepática, iniciada à direita dos ligamentos redondo e falciforme. Devido ao grande tumor no segmento IV-B, optou-se pela ligadura do tronco anterior direito da porta após secção do parênquima em sua fase final. Da mesma forma se deu a ligadura e secção da veia hepática média. As linhas de secção foram orientadas anatomicamente por meio da USIO (ver figura 2). Toda a dissecação foi conduzida com a utilização do *Cavitron Ultrasonic Suction Aspirator* (CUSA) conjuntamente com a USIO para determinação dos parâmetros vasculares. Para secção do parênquima foi utilizado apenas o clampeamento hilar (manobra de Pringle), com períodos de 15 por cinco minutos, por duas vezes no total.

Ao término do procedimento cirúrgico, foi realizada nova USIO, não sendo observadas demais lesões. Com o coagulador de argônio, foi realizada a cauterização do leito hepático, que foi subsequentemente selado com cola biológica. A área cruenta hepática foi drenada com dreno a vácuo. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, exceto por uma fístula biliar de baixo débito exteriorizada pelo dreno no quinto PO, sem repercussão clínica. Obteve alta

no oitavo PO. A fístula biliar foi resolvida com tratamento conservador e fechou espontaneamente no 30º PO. Porém, evoluiu com uma coleção biliar que foi drenada por punção, com sucesso. Nessa época, os marcadores foram dosados e se apresentavam dentro da normalidade.

Ao exame histológico da peça operatória foram observadas margens livres de tumor. O paciente vem realizando quimioterapia adjuvante (FOLFIRI) e não apresenta sinais de recidiva até o momento (quatro meses).

DISCUSSÃO

Em que pese a melhor resposta a quimioterapia, principalmente com o advento de novas drogas, a ressecção cirúrgica permanece como “padrão-ouro” para o tratamento curativo das metástases hepáticas de origem colorretal. Atualmente, contra-indicações sacramentadas no passado, como número de lesões maior que quatro, bilateralidade, extensão extra-hepática mesmo pulmonar e níveis elevados de CEA, têm sido reconsideradas e redirecionadas como critérios de prognóstico adverso, porém, não mais como critério de irresssecabilidade absoluta⁽¹⁻⁸⁾. Esses fatores de prognóstico reservado, não invalidam o tratamento cirúrgico radical desde que a ressecabilidade seja total, com margem livre (R0) e o parênquima hepático remanescente seja funcionalmente suficiente após a ressecção⁽¹⁻⁷⁾. Segundo Adam⁽¹⁾, mesmo na presença de fatores de prognóstico negativo, a ressecção se impõe, pela falta de terapêuticas similares em termos de sobrevida em longo prazo.

Em casos de múltiplas metástases bilaterais, a evolução de técnicas como hepatectomias em dois ou mais estágios, aliadas aos esquemas quimioterápicos mais agressivos tem elevado a taxa de ressecabilidade⁽¹⁻⁸⁾. Fato esse que foi ainda mais ampliado com o advento da EP, que promove a regeneração hepática do lobo remanescente e diminui consideravelmente a mortalidade por insuficiência hepática nas hepatectomias estendidas⁽⁹⁻¹¹⁾.

As hepatectomias estendidas têm sido a primeira escolha para a ressecção de grandes lesões centrais, porém sacrificam grande quantidade de parênquima hepático. Anteriormente à EP, eram associadas à alta morbidade (30 a 48%) e considerável mortalidade (4,5 a 13,9%) nas diferentes séries⁽⁹⁾. Embora seja uma cirurgia rara e de difícil execução técnica, a hepatectomia central parece ser uma alternativa técnica interessante frente às hepatectomias ampliadas⁽⁹⁻¹¹⁾. Em que pese a sua pequena casuística e limitação metodológica (estudo caso-controle), Scudamore *et al.*⁽⁹⁾ relataram bons resultados com hepatectomia central quando comparada com as hepatectomias ampliadas, inclusive demonstrando superioridade estatisticamente significativa dessa primeira técnica, no que tange ao tempo cirúrgico, ao tempo de clampeamento e, principalmente, ao volume hepático remanescente, podendo assim mini-

mizar a insuficiência hepática pós-operatória. Em relação a sua radicalidade oncológica, apesar do breve seguimento, não houve diferença entre as técnicas, haja vista que o fator mais importante é a margem livre que pode ser atingida com qualquer tipo de ressecção, inclusive com a hepatectomia central⁽¹⁻¹¹⁾. No presente caso, não se optou de princípio por essa operação, pois a maior experiência do grupo tem sido com as hepatectomias ampliadas e não com esse tipo incomum de operação. No entanto, como houve falha na embolização portal que foi ineficiente em promover a regeneração hepática suficiente e o paciente não apresentava outra solução técnica, optou-se por essa cirurgia de exceção. O objetivo da ressecção foi promover uma citoredução na massa tumoral. A evolução pós-operatória foi boa, a se considerar a circunstância extrema do caso. Concomitantemente, parece não ter comprometido o resultado oncológico precoce, o que condiz com os resultados descritos por outros autores⁽⁹⁻¹¹⁾. Embora pouco utilizada na prática diária, a hepatectomia central parece ser uma solução viável com morbidade e mortalidade aceitáveis, apresentando bom resultado oncológico desde que sejam respeitadas as margens cirúrgicas que devem ser livres. Essa operação deve ser uma alternativa importante a ser lembrada frente às hepatectomias ampliadas, mormente nos pacientes com parênquima hepático remanescente insuficiente ou mesmo após a falha da EP pré-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Adam R, Laurent A, Azoulay D, Castaign D, Bismuth H. Two-stage hepatectomy: a planned strategy to treat irresectable liver tumors. *Ann Surg.* 2000;232(6):777-85.
2. Adam R. Tratamento das metástases hepáticas do câncer colorretal. In: Correia MM, Mello ELR, Santos CER, editores. *Cirurgia do câncer hepatobiliar.* Rio de Janeiro: Revinter, 2003:139-46.
3. Azoulay D, Castaign D, Smail A, Adam R, Cailliez V, Laurent A, et al. Resection of nonresectable liver metastases from colorectal cancer after percutaneous portal vein embolization. *Ann Surg.* 2000;231(4):480-6.
4. Chiche L. Prise en charge chirurgicale des métastases hépatiques des cancers colorectaux. *J Chir.* 2003;140(2):77-89.
5. Jaeck D, Bachellier P, Nakano H, Oussoultzoglou E, Weber JC, Greget M. One or two-stage hepatectomy combined with portal embolization for initially nonresectable colorectal liver metastases. *Am J Surg.* 2003;185:221-9.
6. Choi EA, Rodgers SE, Ahmad SA, Abdalla EK. Hepatobiliary cancers. In: Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM, editors. *The M. D. Anderson Surgical Oncology Handbook.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006:238-47.
7. Minagawa M, Makuuchi M, Torzilli G, Takayama T, Kawasaki S, Kosuge T, et al. Extension of the frontiers of surgical indications in the treatment of liver metastases from colorectal cancer. *Ann Surg.* 2000;231(4):487-99.
8. Scheele J, Altendorf-Hofmann A. Surgical treatment of liver metastases. In: Blumgart LH, Fong Y, editors. *Surgery of the liver and biliary tract.* 3rd ed. Edinburgh: WB Saunders, 2000:1475-502.
9. Scudamore CH, Buczkowski AK, Shayan H, Ho SGF, Legiehn GM, Chung SW, et al. Mesohepatectomy. *Am J Surg.* 2000;179:356-60.
10. Torres OJM, Arraes LRG, Ferreira EDZ, Coutinho IHS, Domínic AJ. Hepatectomia central. *Arq Bras Cir Dig.* 2005;18(1): 30-2.
11. Wu CC, Ho WL, Chen JT, Tang CS, Yeh DC, Liu TJ, et al. Mesohepatectomy for centrally located hepatocellular carcinoma: an appraisal of a rare procedure. *J Am Coll Surg.* 1999;188(5):508-15.