

Quando indicar e qual o limite de margem para ressecção sublobar no câncer de pulmão?

Darcy Ribeiro Pinto Filho

Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica

A cirurgia torácica dos dias de hoje segue o enfrentamento cotidiano de estender os seus limites técnicos. Dentre tantos, a busca dos melhores resultados terapêuticos possíveis para o câncer de pulmão é um dos mais instigantes. A incorporação de novas técnicas de imagem que permitem o diagnóstico de lesões precoces, em muitos casos tumores subcentimétricos, a divulgação de protocolos de rastreamento com impacto na sobrevida dos pacientes, a crescente conscientização da população sobre a prevenção de doenças e o estabelecido de que somente os estágios iniciais da doença se beneficiam efetivamente do tratamento cirúrgico, embasam os dilemas e desafios para o cirurgião torácico contemporâneo frente à constrangedora alta taxa de mortalidade do câncer de pulmão.

No que diz respeito a estratégia cirúrgica, as ressecções sublobares ganham espaço na literatura ao buscarem seu lugar de destaque no arsenal terapêutico, contestando o dogma da lobectomia regrada como a cirurgia mais efetiva do ponto de visto oncológico. Inicialmente proposta para pacientes com reserva funcional limitada ou em idade avançada, vem ganhando força para indicações eletivas em lesões de até dois centímetros de diâmetro. Não sem contraponto, pois as questões referentes ao método ideal de ressecção (segmentectomia anatômica x ressecção em cunha) e os limites de margem ideal para controle da recidiva local, ainda permanecem como pontos em aberto.

Um excelente artigo de revisão, publicado pelo grupo de Pittsburgh (1) avaliou criticamente as variáveis que envolvem a indicação de ressecção sublobar nos estágios iniciais do câncer de pulmão, postulando que esta opção cirúrgica tem demonstrado baixas taxas de morbidade e mortalidade, preserva a função pulmonar, quando comparada à lobectomia, e representa a única opção efetiva de tratamento para pacientes de alto risco em decorrência do comprometimento cardiopulmonar. Reconhecido como fator de risco, a idade avançada traz consigo maiores índices de morbidade e mortalidade cirúrgica. Nas séries que compararam a ressecção sublobar com lobectomia em pacientes com mais de 75 anos de idade, observou-se uma redução nas taxas de morbidade (29% x 50%), e mortalidade (1,3% x 4,7%), nenhuma diferença na recidiva local (6% x 4%) ou sobrevida (49,8% x 45,5%), mostrando que a opção pela ressecção menor pode ser segura e efetiva nesta faixa etária.

O limite superior de 2 cm de diâmetro, para indicação de ressecções sublobares, esta assentado em vários estudos retrospectivos que mostraram os mesmos índices de sobrevida para pacientes submetidos a lobectomia e segmentectomia anatômica 87,4% x 84,6% (Okada JTCVS 2005) e 72,5% e 69,7% (Iwasak JTCVS 2007) . Uma validação definitiva para esta questão esta sendo aguardada com a publicação dos resultados do estudo multicêntrico, prospectivo e randomizado, fase III do CALGB 140503, que esta avaliando os resultados da ressecção sublobar comparada a lobectomia para os tumores < 2 cm.

Um subgrupo de tumores com diâmetro < 1 cm, cada vez mais frequentes na rotina do cirurgião torácico, tem recebido atenção ao reforçar o questionamento sobre a real necessidade oncológica da ressecção lobar frente a estas lesões? Numa serie de 107 pacientes submetidos à ressecção completa (R0) no estágio 1A, com < 1 cm de diâmetro (lobectomia, 32; segmentectomia, 40; ressecção em cunha, 35). A idade, distribuição por sexo, tamanho do tumor e histologia foram semelhantes entre os grupos. Houve um óbito perioperatório no grupo de lobectomia (3%). Em um seguimento médio de 42,5 meses, a recorrência global da doença foi equivalente, ocorrendo em três pacientes submetidos à lobectomia (9%), quatro pacientes segmentectomias (10%) e três pacientes ressecções em cunha (9%; p = 0,99). Sobrevida livre de doença em cinco anos estimada foi comparável entre os grupos (lobectomia, 87%; segmentectomia, 89%; ressecção em cunha, 89%; p= 0,402).

Os autores concluíram que as ressecções sublobares estão associadas com resultados oncológicos que são comparáveis aos da lobectomia para o estágio 1A de tumores subcentimétricos, sugerindo que elas podem ser intervenções cirúrgicas adequadas para este grupo de pacientes. Também a validação destas informações esta sendo aguardada nos estudo da CALGB 140503. (2)

Uma segunda questão pertinente diz respeito ao tipo de ressecção sublobar: segmentectomia anatômica x ressecção em cunha e remete a um terceiro questionamento, qual o limite de margem cirúrgica destas ressecções.

A segmentectomia anatômica, ao estabelecer a dissecação brônquica e vascular aos moldes da lobectomia, estendendo a margem no parênquima (segmentectomia estendida) permite a remoção completa do segmento vascular e da distribuição linfática, possibilitando uma maior margem de ressecção em comparação à excisão em cunha convencional. A ressecção segmentar regrada tem demonstrado um menor risco de recidiva local, quando comparada a ressecção em cunha simples, com resultados mais próximos da lobectomia no que se refere à recidiva e sobrevida. Em um estudo realizado por El- Sherif (Ann Surg Onc 2007), avaliando 81 pacientes com CBNPC estágio I, submetidos a ressecção em cunha (n= 55) ou segmentectomia anatômica (n= 26), havia um risco significativamente maior de recorrência locorregional com ressecção em cunha (14/ 55, 25,5%) em comparação à segmentectomia anatômica (1/26 , 3,8%). A segmentectomia anatômica pode, portanto, representar a técnica ideal para minimizar recidiva em situações onde a preservação do parênquima pulmonar tem beneficio estabelecido.

O que constitui uma margem adequada no cenário de ressecção sublobar continua em aberto. Como regra geral, quanto maior for a margem, melhor. As clássicas recomendações têm observado que as margens mínimas de 1 cm podem ser suficientes. Em uma análise anatomopatológica de 70 peças cirúrgicas de CBNPC (carcinoma brônquico não pequenas células), o grau de extensão microscópica do tumor variou de acordo com sua histologia. Estes estudos revelaram que para 95% das análises, uma margem de pelo menos 6 milímetros seria necessária para carcinoma epidermoide e uma margem de 8 mm para o adenocarcinoma. Sawabata e cols. (Ann Thorac Surg 2004) sugeriram que, para minimizar o risco de recidiva local, a distância deve ser maior do que o diâmetro máximo de tumor. El- Sherif e cols.(Ann Surg Onc 2007) analisaram o impacto da margem cirúrgica em 87 pacientes submetidos à

ressecção sublobar no CBNPC estágio I. Margens do tumor > 1 cm esteve associada à uma taxa de recorrência significativamente inferior, quando comparado a margens < 1 cm (8% vs 19%, P = 0,003). Schuchert et al (Ann Thorac Surg 2007) demonstraram igualmente que quando a distância da margem em relação ao tamanho do tumor foi menor de 1 cm, observou-se um aumento significativo das taxas de recidiva em comparação aos casos em que esta relação esteve acima de 1 cm (25,0% vs 6,2% , P = 0,0014).

Numa publicação recente, (3) o Grupo do Dept. de Cirurgia Torácica do Brigham and Women`s Hospital de Boston-EUA, apresenta uma interessante análise retrospectiva de 479 casos submetidos a ressecção em cunha, excluindo os casos de segmentectomia anatômica, buscando definir a relação entre a distância da margem e o índice de recidiva nos pacientes com tumores < 2 cm.

As taxas de recidiva local em um e dois anos foram de 5,7% e 11%, respectivamente. A análise mostrou que um aumento na distância da margem foi significativamente associado com baixo risco de recidiva local ($p=0,033$). Pacientes com 1 cm de margem tiveram um risco 45% menor de recidiva do que pacientes com 5 mm distância (risco relativo 0,55; intervalo de confiança 95%, 0,35-0,86). Os pacientes que foram submetidos a excisão em cunha, com uma distância de margem de 1,5 cm, apresentaram um risco 113 % menor de recorrência local do que os pacientes com uma distância de margem de 2 mm. Os autores concluem que a ressecção em cunha de lesões < 2 cm, com distância de margem até 1,5 cm, diminui significativamente a taxa de recidiva local, sem nenhum benefício em distâncias superiores a 1,5 cm.

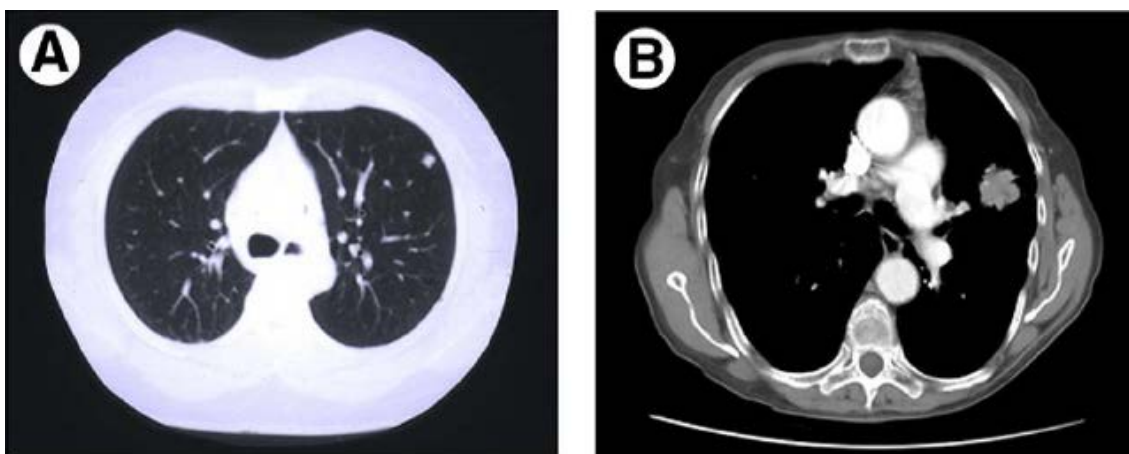


Figura 1. A) Lesão cortical lobo superior esquerdo, ideal para sublobar (cunha ou segmentectomia); B) Lesão profunda, com mais de 2 cm de diâmetro, indicação de lobectomia.

A atualização deste tópico, como percebido, ainda não apresenta diretrizes definitivas, necessitando avançar na seleção dos melhores casos para a melhor estratégia. Não há dúvida, no entanto, sobre a efetividade oncológica das ressecções sublobares, principalmente a segmentectomia anatômica, seguida da linfadenectomia mediastinal. Por outro lado, também há que se reconhecer a maior complexidade de uma ressecção segmentar anatômica quando comparada a ressecção em cunha. Nesta linha, frente às lesões subcentimétricas, periféricas e

restritas a um segmento pulmonar, estabelecida uma margem de até 1,5 cm da lesão, não teríamos segurança suficiente para efetuarmos uma ressecção em cunha com amostragem linfática, por vídeo cirurgia, com tempo cirúrgico reduzido, pretensa menor morbidade e índices de sobrevida e recidiva local equiparados? E possível que sim, observadas as condições acima mencionadas.

Recomendações finais para o manejo das ressecções sublobares, indicadas para o tratamento do câncer de pulmão em seu estagio inicial (T1a, N0, M0), levando em consideração o cenário ideal e as questões técnicas:

- 1 - lesões periféricas (fig. 1)
- 2 - tumores com diâmetro < 2cm
- 3 - margem patológica > 1cm < 1,5cm
- 4 - idade acima de 75 anos
- 5 - comprometimento cardiopulmonar
- 6 - ressecções pulmonares prévia
- 7 - opacidades em vidro fosco (adenocarcinoma in situ ou minimamente invasivo)
- 8 - nos tumores que não estejam limitados a um segmento específico, ou quando uma margem razoável não pode ser obtida, deve ser considerada a extensão da ressecção para lobectomia.

Referências bibliográficas:

- 1) Schuchert M. Sublobar Resection for Early-Stage Lung Cancer Semin Thoracic Surg 22:22-31 2010.
- 2) Schuchert M. et al. Oncologic outcomes after surgical resection of subcentimeter non-small cell lung cancer. Ann Thorac Surg 2011;91: 1681-8.
- 3) Mohiuddin et al. Relationship between margin distance and local recurrence among patients undergoing wedge resection for small (<_2 cm) non-small cell lung cancer Thorac Cardiovasc Surg 2014;-:1-9.
- 4) Donington J. Current Readings: sublobar resection for non-small cel lung cancer. Semin Thoracic Surg 2013; 25: 22-29.