

HEPATECTOMIA PARA METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER DE MAMA

HEPATECTOMY FOR LIVER METASTASES FROM BREAST CANCER

Antonio Nocchi Kalil, TCBC-RS¹; Camila Severa²

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de metástases hepáticas secundárias ao câncer de mama ocorre em aproximadamente 50% das pacientes, com um prognóstico reservado para as mesmas, sendo as taxas médias de sobrevida inferiores a seis meses. Na maioria dos casos, representa a manifestação de uma doença sistêmica avançada, sendo que em somente 1 a 9 % das pacientes as metástases ocorrem de forma isolada no fígado^{1,2}. Este pequeno subgrupo de doentes sem metástases extra-hepáticas, e com lesões únicas ou no máximo duas, pode ter a sobrevida prolongada com a ressecção das lesões, em relação ao que lhes proporcionaria o tratamento convencional, com quimioterapia ou hormonioterapia isoladamente¹⁻³. Além disso, atualmente a cirurgia hepática pode ser realizada com mínima morbidade e baixa mortalidade neste grupo de pacientes.

Neste trabalho, relatamos dois casos de tratamento cirúrgico de metástases de câncer de mama com sucesso.

RELATO DOS CASOS

Caso 1 - Paciente feminina, aos 28 anos apresentou diagnóstico de câncer de mama. Após um ano de quimioterapia neo-adjuvante, foi submetida à quadrantectomia + esvaziamento axilar. O anátomo-patológico demonstrou tratar-se de carcinoma ductal invasor grau III, com nenhum linfonodo comprometido em 27 examinados. Os receptores de estrogênio e progesterona foram positivos. Após o tratamento cirúrgico foram efetuadas 60 sessões de radioterapia. Um ano após o aparecimento do tumor primário e nove meses após a cirurgia de mama foi detectado nódulo único, de 3 cm, no lobo esquerdo do fígado à ecografia e confirmado à tomografia. Neste momento a paciente encontrava-se assintomática. Foi realizada biópsia da lesão, que evidenciou tratar-se de metástase de câncer de mama. Optou-se por hormonioterapia por período de seis meses com Goserelin, 1 ampola subcutânea/mês (3,6mg) e Anastrozole (1mg/dia), obtendo-se redução tumoral para 0,8 cm. Após este período foi submetida à hepatectomia para exérese da lesão (segmentectomia II e III), cujo anátomo-patológico confirmou lesão metastática e o pós-operatório transcorreu sem complicações.

Após 16 meses a paciente encontra-se assintomática e sem evidência de recidiva, ainda em uso de hormonioterapia com as drogas acima descritas.

Caso 2 - Paciente feminina, aos 39 anos foi diagnosticada como portadora de neoplasia de mama. Neste momento foi submetida à setorectomia e esvaziamento axilar. O anátomo-patológico mostrou carcinoma ductal invasor grau II, com nenhum linfonodo comprometido em 15 examinados. O receptor para estrogênio foi positivo. Após o tratamento cirúrgico foram realizadas 32 sessões de radioterapia e oito ciclos de quimioterapia com ciclofosfamida, methotrexate e fluoracil. Continuou em acompanhamento, sem evidência de recidiva da doença.

Seis anos após a cirurgia de mama, foram detectadas duas lesões hepáticas à ecografia abdominal, confirmadas pela tomografia subsequente. Com este diagnóstico realizou mais sete ciclos de quimioterapia com as drogas já usadas e após iniciou Letrozol, 2,5 mg, que usou por dois meses. Após este período de tratamento os exames de imagem mostraram aumento das lesões e a paciente foi, então, submetida à exérese das lesões hepáticas (segmentectomia II-III e ressecção da lesão do segmento VI). Um mês após o tratamento cirúrgico foi reintroduzido o tratamento com hormonioterapia. Encontra-se sem evidência de recidiva após 11 meses de acompanhamento.

DISCUSSÃO

Em geral, a maioria das pacientes com metástases hepáticas de câncer de mama recebem tratamento sistêmico convencional (quimioterapia e / ou hormonioterapia) com finalidades paliativas e com baixas taxas de sobrevida. Para alguns casos selecionados, em que o fígado é o único local de acometimento sistêmico da doença, pode ser oferecida a ressecção das lesões, que aparentemente proporciona sobrevida mais longa em relação ao tratamento convencional^{1,3}.

Os estudos realizados até hoje tendem a ser favoráveis a essa nova proposta, embora a literatura ainda careça de estudos randomizados e prospectivos, analisando grupos maiores de pacientes e comparando as possibilidades tera-

1. Chefe dos Serviços de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita e Cirurgia Geral da Santa Casa de Porto Alegre; Professor Adjunto-Doutor da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA) e da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

2. Acadêmica de Medicina da Universidade de Caxias do Sul

Recebido em 11/08/2004

Aceito para publicação em 03/01/2005

Trabalho realizado no Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital Santa Rita, do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre e Departamento de Cirurgia da Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).

pêuticas. Elias *et al*³, em um estudo retrospectivo com 21 pacientes submetidas à hepatectomia, observaram taxas de sobrevivência de 50% e 9%, aos dois e cinco anos, respectivamente. Estes autores referem que 19 pacientes haviam recebido quimioterapia previamente à cirurgia e 12 após a ressecção. Pocard e Salmon⁴, também em um estudo retrospectivo, analisaram 21 pacientes cuja progressão da doença foi controlada anteriormente à cirurgia com tratamento sistêmico. Neste grupo a taxa de sobrevivência em cinco anos foi de 61%, significativamente superior à taxa de 11% para aquelas que receberam somente tratamento sistêmico. Já Schneebaum *et al*² compararam 22 pacientes que receberam quimioterapia sistêmica e 18 pacientes que foram tratadas com quimioterapia regional (quimioterapia intra-hepática combinada ou não com ressecção cirúrgica). O grupo de pacientes tratadas com ressecção cirúrgica e quimioterapia regional associada teve maior média de sobrevivência (42 meses), seguido por aquelas que somente receberam quimioterapia regional (25 meses) – embora a diferença entre as duas não tenha importância estatística. A menor média de sobrevivência (cinco meses, $p = 0,001$) foi observada nas pacientes que receberam apenas quimioterapia sistêmica. Nos dois casos apresentados, a sobrevivência atual é de 11 e 16 meses, sem evidência de recidiva.

Os critérios de seleção para hepatectomia ainda não estão bem definidos. Pacientes jovens, com boa reserva fisiolo-

gógica, com menos de três lesões hepáticas e com um intervalo entre a mastectomia e o aparecimento das metástases hepáticas maior que um ano provavelmente são os pacientes que mais irão se beneficiar^{1,3}. Nossos pacientes tiveram manifestação hepática da doença com nove meses e seis anos de intervalo, e ambas com menos de três nódulos. O acometimento dos linfonodos pediculares^{3,4} e o uso de quimioterapia neoadjuvante¹, não tiveram significância estatística como fatores prognósticos. Entretanto, foram observadas taxas menores de sobrevivência quando os linfonodos foram positivos para presença de tumor e taxas maiores quando a quimioterapia foi aplicada^{1,3,4}.

Segundo Selzner *et al*¹, a alta incidência de recidivas hepáticas desenvolvidas após a hepatectomia pode indicar que fatores biológicos predisponham o fígado ao desenvolvimento de metástases ou que micrometástases não tenham sido detectadas no momento da ressecção. A utilização de ultra-sonografia intraoperatória e de novos métodos de imagem, como “PET scan” (tomografia por emissão de pósitrons), poderá tornar a detecção mais precisa, e consequentemente o tratamento das lesões, diminuindo as chances de recidiva. Outra medida a ser avaliada nesse aspecto é o uso de quimioterapia pós-operatória, sistêmica de alta dose ou local (intra-hepática), que parecem oferecer bons resultados¹⁻³.

ABSTRACT

Patients with metastatic breast cancer, whereas liver is the only site of dissemination, may benefit from hepatectomy. Literature suggests that surgical treatment of these metastases may offer a longer survival rate than systemic chemotherapy and/or isolated hormonal therapy. We report two cases of hepatic resection for liver metastases from breast cancer, with survival of 11 and 16 months without recurrence. One patient had a single metastases and the other two. No post-operative complications were observed (Rev. Col. Bras. Cir. 2005; 32(5): 285-286).

Key words: Breast neoplasms; Liver; Hepatectomy; Neoplasm metastasis.

REFERÊNCIAS

1. Selzner M, Morse MA, Vrendenburgh JJ, et al. Liver metastases from breast cancer: long term survival after curative resection. *Surgery*. 2000;127(4): 383-9.
2. Schneebaum S, Walker MJ, Young D, et al. The regional treatment of liver metastases from breast cancer. *J Surg Oncol*. 1994; 55(1):26-32.
3. Elias D, Lasser PH, Montrucolli D, et al. Hepatectomy for liver metastases from breast cancer. *Eur J Surg Oncol*. 1995; 21(5):510-3.
4. Pocard M, Salmon RJ. Résection hépatique pour métastase du cancer du sein. Le concept de chirurgie adjuvante. *Bull Cancer*. 1997; 84(1):47-50.
5. Espat NJ, Jarnagin WR, Fong Y, et al. Hepatic resection for breast cancer metastases [abstract]. *Am Soc Clin Oncol*. 2001.

Endereço para correspondência:
Dr. Antonio Nocchi Kalil
Rua Marcelo Gama, 924 / 2º andar
90540-041 - Porto Alegre- RS, Brasil
Telefone (comercial) (51) 33789993.
Fax : (51) 33789994
Telefone (residencial): (51) 3342 8261
E-mail: ankalil@terra.com.br