

Cancerologia

DOSE DE RADIOIODO PARA ABLAÇÃO DE REMANESCENTES EM PACIENTES COM CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREÓIDE

A radioiodoterapia para ablação de remanescentes tireoideanos é recomendada após a tireoidectomia para o carcinoma diferenciado de tireóide (CDT)¹. A dose de Iodo-131 para este fim é motivo de controvérsia, pela escassez de estudos randomizados, com grande casuística e com forte poder estatístico². Em abril de 2004, Bal et al. publicaram no JCEM³, um estudo prospectivo randomizado, com 509 pacientes sem metástases divididos em oito grupos que receberam doses de 15 a 50 mCi de Iodo 131 e semelhantes em relação as características dos pacientes, do tumor, tipo de cirurgia e o tecido remanescente (avaliado pela medida da captação pós-operatória). A amostra apresentava um poder de 80% (1 - b), precisão de 20% (d), para um nível de significância de 0.05 (a). O estudo mostrou claramente que doses de 25 a 50 mCi foram igualmente eficazes em promover ablação (eficácia de aproximadamente 80%) e identificou com fatores preditores de sucesso, em um análise multivariada, além da dose ≥ 25 mCi (OR 2.8 I.C.: 1.5-5.4), o tamanho do tumor ≤ 5 cm (OR 3 I.C.: 1.5-6.1) e a captação pós-operatória $\leq 10\%$ (OR 3.2 I.C.: 1.7-5.8).

Comentário

Doses de até 30 mCi de Iodo 131 apresentam como vantagens a realização ambulatorial do tratamento, menor custo e menos efeitos adversos quando comparado a altas doses¹. No entanto, muitos consideram que são menos eficazes e a falta de estudos comparativos confiáveis torna o assunto controvertido². O estudo de Bal et al.³, primoroso no desenho e casuística, confirma que baixas doses (25 mCi) podem ser usadas para ablação de remanescentes com alta taxa de sucesso (aproximadamente 80%), poupando a maioria dos pacientes da internação, do maior custo e efeitos adversos das altas doses como 100 mCi, dose mais prescrita em nosso país⁴. Considerando as variáveis preditoras de sucesso, podemos afirmar ainda que pacientes com tumor < 5 cm e com captação $< 10\%$, que representam a maioria dos casos de CDT tratados com tireoidectomia total, apresentam taxas de sucesso bem superiores a 80% com dose de 25 a 50 mCi, o que é excelente, podendo ser este um critério de seleção para o uso de baixa doses para aqueles mais resistentes a esta prática.

PEDRO WESLEY SOUZA ROSARIO
LUDMILLA DAVID CARDOSO

Referências

1. Mazzaferri EL, Kloos RT. Current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab 2001; 96:1447-63.
2. Roos DE, Smith JG. Randomized trials on radioactive iodine ablation of thyroid remnants for thyroid carcinoma - a critique. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 44:493-5.

3. Bal CS, Kumar A, Pant GS. Radioiodine dose for remnant ablation in differentiated thyroid cancer: a randomized clinical trial in 509 patients. J Clin Endocrinol Metab 2004; 89:1666-73.

4. Albino CC, Takahashi MH, Senhorini Jr S, Graf H. Inquérito sobre o uso do Iodo-131 no Brasil. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001; 45:558-62.

Clínica Cirúrgica

RESULTADOS DO TRATAMENTO DAS METÁSTASES HEPÁTICAS DO CÂNCER COLORRETAL COM ESPECIAL REFERÊNCIA À HEPATECTOMIA

Os autores do estudaram o tratamento das metástases hepáticas de câncer colorretal em 18 hospitais do Japão que participaram dessa pesquisa. Foram estudados 763 pacientes com metástases hepáticas de câncer colorretal com especial atenção aos resultados dos submetidos à hepatectomia (585 pacientes). Os 178 pacientes restantes foram submetidos a tratamentos como quimioterapia pela artéria hepática, embolização da artéria hepática, ablação pela radiofrequência e quimioterapia sistêmica. Todos os pacientes foram tratados no período entre 1992 e 1996.

Como resultado do estudo, os autores encontraram sobrevida em cinco anos muito maior nos indivíduos submetidos à hepatectomia do que aqueles submetidos a outros tratamentos (32,9% e 3,4% respectivamente). A recidiva mais freqüente após a hepatectomia foi no fígado remanescente seguido pelos pulmões. Os fatores relacionados ao tumor primário que mais adversamente influíram no prognóstico pós-hepatectomia foram: adenocarcinoma pouco diferenciado ou carcinoma mucinoso, profundidade do tumor na parede colonica, metástase para linfonodos, número de linfonodos comprometidos maior que 4 e classificação de Dukes D. Os fatores adversos do prognóstico encontrados na época da hepatectomia foram: tumor residual no fígado, metástases extra hepáticas, mais de 4 metástases no fígado e margem de ressecção menor que 10 mm.

Os autores concluíram que, apesar dos diversos tratamentos para metástases hepáticas atualmente existentes, a hepatectomia ainda é o tratamento de escolha para esta doença.

Comentário

As metástases hepáticas do câncer colorretal ainda são um desafio ao cirurgião geral. A indústria, tanto de medicamentos quanto de equipamentos, tem feito uma grande pressão sobre os cirurgiões para a utilização de terapias não cirúrgicas para o tratamento dessas metástases, como drogas quimioterápicas sistêmicas e intra-hepáticas além das embolizações arteriais e ablações por radiofrequência. Sendo assim, vemos com muita satisfação que um trabalho feito em país sério como o Japão, envolvendo 18 hospitais e com um número enorme de pacientes, reabilite a hepatectomia como o tratamento de eleição das metástases hepáticas do câncer colorretal.

ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB

OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO

Referências

1. Kato D, Yasui K, Hirai T, Kanemitsu Y, Mori T, Sugihara K, et al. Therapeutic results for hepatic metastasis of colorectal cancer with special reference to effectiveness of hepatectomy. Dis Colon Rectum 2003; 46:522-30.

Clínica Médica

NOVOS ENSINAMENTOS NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO: ESTUDO VALUE

O recém-publicado estudo VALUE (The Valsartan Antihypertensive Long-term Use Evaluation) é o maior estudo com o uso de um bloqueador dos receptores da angiotensina para o tratamento anti-hipertensivo. Dos 15.245 pacientes hipertensos com alto risco cardiovascular, com idade média de 67 anos, 58% homens, 32% com diabetes melito e com média de pressão arterial de 155/87 mmHg, foram randomizados para valsartan ou amlodipino, de maneira duplo-cega, com o objetivo de controlar a pressão arterial com a mesma intensidade. A média do seguimento foi de 4,2 anos. Como previa o desenho do estudo, muitos pacientes receberam drogas hipotensoras adicionais, tanto para o grupo valsartan quanto para o grupo amlodipino, excetuando-se, obviamente, drogas das mesmas classes e inibidores da enzima conversora, tanto para um grupo quanto para outro.

A pressão arterial foi reduzida em ambos os grupos, todavia com maior intensidade para o grupo amlodipino, particularmente nos primeiros três meses (4,0 mmHg para a sistólica e 2,1 mmHg para a diastólica, em média). Aos seis meses de seguimento, a diferença entre amlodipino e valsartan era de 2,1 mmHg e 1,6 mmHg, em média, para sistólica e diastólica, respectivamente. E assim permaneceu até o final do estudo.

O desfecho primário (morbidade e mortalidade cardiovasculares) ocorreu em 810 pacientes tomando valsartan e em 789 tomando amlodipino, o que não foi estatisticamente significativo. No entanto, os IAMs fatais e não fatais ocorreram mais no grupo valsartan; 369 contra 313 no grupo amlodipino, com significância estatística ($p=0,02$). Os AVCs fatais e não fatais ocorreram em 322 pacientes no grupo valsartan e em 281 pacientes do grupo amlodipino, com $p=0,08$. Quando esses resultados foram analisados por períodos, a significância estatística, em favor do amlodipino, foi mais acentuada nos primeiros seis meses, justamente onde a pressão arterial diminuiu mais com esse hipotensor. Houve uma menor freqüência de novos casos de diabetes melito tipo 2 no grupo valsartan do que no grupo amlodipino (13,1% versus 16,4, respectivamente. $P<0,0001$).

Comentário

A diferença entre os níveis tencionais dos dois grupos faz a análise comparativa dos desfechos entre valsartan e amlodipino impossível. No entanto, com o intuito de esclarecer esse aspecto, os autores usaram uma técnica estatística chamada "serial median-