

CORREÇÃO: Republicamos a tabela referente ao artigo "Por que revisar os critérios de respostas em tumores sólidos?", apresentado na edição passada em função de incorreções.

Tabela 1 - Resumo das mudanças mais importantes do RECIST 1.0 para RECIST 1.1

Item	RECIST 1.0	RECIST 1.1	Racional
Tamanho das lesões tumorais mensuráveis	TC: 10 mm espiral 20mm não-espiral Clinicamente: 20 mm Linfonodos: nao mencionado	TC: (não é necessário TC espiral) 10 mm Clinicamente: 10 mm (deve ser mensurável) Linfonodos na TC: > ou = 15 mm no diâmetro menor para lesão alvo 10 a < 15 mm no diâmetro menor para lesão não-alvo <10 mm no diâmetro menor não é considerado patológico Adicionar os diâmetros menores dos linfonodos a soma dos diâmetros maiores das lesões não nodais	Espessura dos cortes no aTC é geralmente 5mm ou menor. É melhor limitar o intervalo entre os cortes para 5mm Linfonodos são estruturas normais e existia a necessidade de definir qual é seu tamanho patológico.
Outras lesões tumorais mensuráveis	-	Inclui lesões ósseas e císticas	Informação adicional
Determinação da extensão do tumor Número de lesões-alvo	10 lesões (Cinco por órgão)	5 lesões (Duas por órgão)	A revisão do banco de dados mostrou que não há perda de informação se o número de lesões for reduzida de 10 para 5. O máximo de duas lesões por órgão é suficiente
Critério de Resposta para as lesões-alvo	RC: Linfonodos não eram utilizados PD: 20% de aumento na soma das lesões ou nova(s) lesão(ões).	RC: linfonodos devem ser <10 mm no diâmetro menor A soma pode não ser zero se os linfonodos forem incluídos como lesão alvo. PD: aumento em 20% na soma das lesões E aumento absoluto de pelo menos 5 mm na soma das lesões ou presença de novas lesões	Determina o tamanho normal dos linfonodos PD: além do aumento em 20% na soma das lesões, é necessário também aumento absoluto em 5mm a fim de evitar classificar-se como PD, quando a soma total e muito pequena e 20% de aumento está dentro do erro de medida.
Critério de resposta em lesões não-alvo	Progressão inequívoca das lesões não-alvo era considerada PD	Detalhes sobre PD a fim de explicar melhor que a mudança deve ser representativa de toda a doença e não o aumento de uma única lesão. RECIST é utilizado em estudos aonde a progressão livre de doença é um dos objetivos e nem todos os pacientes têm lesão-alvo mensurável no início do estudo.	Evitar as dúvidas que ocorrem na versão do RECIST 1.0, em que alguns consideravam que PD podia ser definida se qualquer uma das lesões não-alvo aumentassem, mesmo quando a lesão-alvo era estável ou estava respondendo.
Novas lesões tumorais	-		Definir melhor quando uma lesão deve ser considerada uma nova lesão e, portanto, PD
Como confirmar a resposta	Para RC e RP: o critério deve ser confirmado quatro semanas após a documentação inicial	Manter este requerimento SOMENTE para estudos não-randomizados em que o objetivo primário é a resposta tumoral	O banco de dados mostrou que as taxas de resposta aumentam quando a confirmação não é utilizada. A única circunstância é em estudos clínicos não-comparativos, em que o objetivo é a resposta tumoral.
FDG-PET na determinação de novas lesões tumorais	-	Se FDG-PET é negativo inicialmente: Define-se "Progressão" se houver uma nova lesão no acompanhamento Se FDG-PET não foi utilizado no início Define-se "Progressão" se houver uma lesão PET positiva em uma nova lesão determinada pelo CT Não é progressão se nenhuma nova lesão for definida pelo TC	Utilização de FDG-PET

Legenda: TC:Tomografia Computadorizada; RC: Resposta completa; RP: Resposta parcial; PD: Progressão da doença; DE: Doença estável. Tempo de sobrevida livre da doença é o intervalo entre o desaparecimento completa/parcial e seu reaparecimento; Tempo total de sobrevida é o intervalo entre a resposta completa/ parcial até o momento da morte.