

Algumas considerações sobre a retite actínica

Some considerations about radiation proctitis

Wladimir Nadalin*

Encontra-se publicado, neste número da **Radiologia Brasileira**, o artigo “Avaliação da dose no reto em pacientes submetidas a braquiterapia de alta taxa de dose para o tratamento de câncer do colo uterino”, tema discutido em radioterapia e oncologia, em razão da sua importância atual.

Retite actínica é doença causada no reto por radiações ionizantes. Pode ser aguda (durante o tratamento ou logo após), quando é geralmente autolimitada. A retite aguda tem como sintomas diarreia, sangramento eventual, perda de muco ou constipação.

As alterações histológicas ficam limitadas à mucosa, sendo que as células com *turnover* mais rápido são as mais sensíveis.

A retite actínica tardia pode aparecer até dois anos após o tratamento e seus sintomas são mais graves: perda de muco, dor, urgência retal, sangramento, ulceração, estenose e até fistulas retovaginais. Na retite tardia as alterações histológicas são de natureza vascular e fibrose da camada subíntima.

A gravidade da retite actínica é diretamente proporcional à dose recebida e seu volume, assim como o número de frações e o espaçamento entre elas. Esta limitação da dose (tanto da radioterapia como da quimioterapia) é que pode trazer melhores ou piores resultados no controle do câncer.

A retite actínica é conhecida há mais de um século, porém fatores de piora do prognóstico, como associação a outras doenças (diabetes, hipertensão, doenças do colágeno, etc.), somente há poucos anos foram confirmadas.

O tratamento da retite actínica deve, sempre que possível, ser conservador. Na fase aguda, medicação sintomática é geralmente suficiente para alívio dos sintomas. Enema de retenção com corticoides traz alívio do desconforto, além do uso de sulfassalazina. Laser com argônio pode controlar sangramentos maiores. O uso de oxigênio hiperbárico, criticado por alguns autores, pode também ser útil. Colostomia deve ser o último procedimento a ser utilizado, nos casos mais resistentes⁽¹⁻⁴⁾.

Assim, diante da riqueza de sintomas e dificuldades de controle, a retite actínica deve ser evitada ao máximo, sem prejuízo do controle tumoral.

Como?

Até poucos anos atrás, os aplicadores de braquiterapia eram pré-carregados com fontes radioativas de atividade conhecida. Introduzia-se o aplicador e, mesmo que a distribuição da dose não fosse a ideal, podíamos apenas constatar.

No início da década de 70 foram introduzidos os aplicadores *afterloading*, ou seja, com carga postergada. Após a introdução dos aplicadores colocavam-se fontes “fan-

* Professor da Disciplina de Radioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil. E-mail: wnadalin@uol.com.br

tasmas”, faziam-se os cálculos e escolhia-se a melhor distribuição, ou seja, a que permitia maior dose no tumor e mínima dose nas estruturas normais vizinhas. Com isto, diminuiram-se muito os índices de complicações⁽⁵⁻⁷⁾.

Hoje, a base do sistema é praticamente a mesma, apenas que a informatização desses processos, associada ao uso de isótopos com alta taxa de dose, permitem que os procedimentos tornem-se muito mais rápidos e precisos^(8,9).

Mesmo assim, como justificado no artigo em questão, é necessária a confirmação dos achados calculados com aqueles efetivamente aplicados.

Por questões econômicas e de tempo, muitas vezes esses processos são dispensados, o que pode acarretar nos prejuízos acima citados.

Reforçamos os seguintes dados:

1 – A retite actínica tardia praticamente só aparece em doentes curados da neoplasia primária, visto o tempo para sua instalação.

2 – A retite actínica tardia não é curável, mas é controlável, com práticas como as expostas.

3 – O desenvolvimento de novos aplicadores, isótopos e técnicas trarão menor índice de complicações.

Podemos concluir que novos estudos deverão ser realizados, para que a distribuição de dose na razão tecido tumoral/tecido normal seja alcançada.

REFERÊNCIAS

1. Coriat R, Wolfers C, Chaput U, et al. Treatment of radiation-induced distal rectal lesions with argon plasma coagulation: use of a transparent cap. *Endoscopy*. 2008;40(S 02):E270.
2. Hayne D, Smith AE. Hyperbaric oxygen treatment of chronic refractory radiation proctitis: a randomized and controlled double-blind crossover trial with long-term follow-up: in regard to Clarke et al. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;72:1621.
3. Wedlake L, Thomas K, McGough C, et al. Small bowel bacterial overgrowth and lactose intolerance during radical pelvic radiotherapy: an observational study. *Eur J Cancer*. 2008;44:2212-7.
4. Kim TO, Song GA, Lee SM, et al. Rebampide enema therapy as a treatment for patients with chronic radiation proctitis: initial treatment or when other methods of conservative management have failed. *Int J Colorectal Dis*. 2008;23:629-33.
5. Suzuki O, Yoshioka Y, Isohashi F, et al. Effect of high-dose-rate ¹⁹²Ir source activity on late rectal bleeding after intracavitary radiation therapy for uterine cervix cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;71:1329-34.
6. Yoshimura R, Hayashi K, Ayukawa F, et al. Radiotherapy doses at special reference points correlate with the outcome of cervical cancer therapy. *Brachytherapy*. 2008;7:260-6.
7. Chen MJ, Nishimoto IN, Novaes PERS, et al. Radioterapia adjuvante no tratamento do câncer de endométrio: experiência com a associação de radioterapia externa e braquiterapia de alta taxa de dose. *Radiol Bras*. 2005;38:403-8.
8. Oliveira ACZ, Esteves SCB, Feijó LFA, et al. Braquiterapia intersticial para recidivas de câncer de colo uterino pós-radioterapia. *Radiol Bras*. 2005;38:117-20.
9. Esteves SCB, Oliveira ACZ, Feijó LFA. Braquiterapia de alta taxa de dose no Brasil. *Radiol Bras*. 2004;37:337-41.