

Doença N2 persistente após Terapia de Indução:

O QUE FAZER?

Valerie W. Rusch, MD

Memorial Sloan-Kettering Center – New York

- Terapias padrão para câncer de pulmão não pequenas células, estágio IIIa (N2) incluem QT ou QRT concomitante, seguida por cirurgia ou QT definitiva sem cirurgia. Em pacientes considerados candidatos potenciais para cirurgia, pode ser desafiador determinar aqueles que mais se beneficiariam da ressecção. Na verdade, todos os estudos de terapias multimodais em estágio IIIa NSCLC demonstraram que a sobrevida global está ligada à resposta à QT de indução e especificamente à redução do estadiamento da doença metastática nos linfonodos mediastinais.
- Entretanto, a probabilidade de remissão completa da doença nos nódulos mediastinais é apenas de 5% após QT de indução e 20% após QRT de indução. Estudos de imagem (CT e PET CT) são precisos em prever a resposta à terapia em nódulos mediastinais. Mediastinoscopia ou re-mediastinoscopia para re-estadiar pode ser tecnicamente desafiador. Recentemente, o maior uso de ultrassom proveu um método de menor risco para o estadiamento/reestadiamento do mediastino. Porém, tanto o mediastinoscopia quanto o EBUS podem ser confundidos por fibrose que se desenvolve em resposta ao tratamento de indução e pode conduzir a resultados falso-negativos.
- Outra abordagem aceitável é considerar toracotomia e exploração em todos os pacientes que completem a terapia de indução e tenham doença estável ou com remissão nos estudos de imagem.
- Embora a sobrevida global seja menor em pacientes que tem doença N2 residual, a ressecção completa oferece a estes pacientes, em torno de 20% de sobrevida em 5 anos. Portanto, a ressecção pode oferecer a estes pacientes uma oportunidade de cura relativamente baixa, mas efetiva. Estudos cirúrgicos tem demonstrado que é importante selecionar cuidadosamente os pacientes para a cirurgia, baseando-se em sua reserva fisiológica, para se assegurar que são feitas somente ressecções completas (R0). Não há benefícios de sobrevivência em se ressecar o tumor primário do pulmão e deixar doença N2 in situ.
- Desta forma, a exploração cirúrgica deverá iniciar com uma dissecação sistemática dos nódulos linfáticos mediastinais e o uso liberal de exames de congelação, de modo a assegurar que toda a doença N2 é removida, e para estabelecer se há ou não doença viável nos gânglios. Uma vez determinado que toda a doença mediastinal foi removida, a atenção é voltada para a ressecabilidade do tumor primário. Novamente, o uso liberal de exames de congelação é útil para a avaliação da extensão da ressecção necessária. Esta é, mais frequentemente, uma lobectomia, mas ocasionalmente requer uma pneumonectomia. Numa situação incomum, em que o paciente apresente completa remissão da doença os exames de congelação, tanto no tumor

primário quanto nos nódulos mediastinais, uma ressecção sublobar pode ser suficiente.

- A avaliação pré-operatória da reserva pulmonar é essencial para minimizar a morbidade e mortalidade pós-operatória. Esta inclui o teste da função pulmonar, com particular atenção à capacidade de difusão (DCO), que é o mais sensível indicador de risco para injúria pulmonar aguda no pós-operatório imediato.
- Se o teste de função indica significativa diminuição na reserva pulmonar, então o exame da quantidade de perfusão ventilatória/ou teste de exercício formal para determinar o consumo de O₂ são indicados.
- Recentemente, estudos de grandes instituições isoladas tem demonstrado que pneumonectomia pode ser feita com segurança em pacientes com boa reserva pulmonar, especialmente quando avaliada a capacidade difusa.
- Mesmo depois de uma ressecção completa, os pacientes que tem doença N2 residual, tem maior risco para recidiva local. Nesta situação a radioterapia adjuvante mediastinal pode diminuir o risco de doença mediastinal e deve ser considerada. Se isso implica em um aumento na sobrevida global, é controverso.