

QUIMIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA COMO TRATAMENTO PALIATIVO DO HEPATOCARCINOMA

**Daiane Rhaimelis Santos Rodrigues¹,
Camila Contin Diniz de Almeida Francia⁴**

Orientador: Prof. Dr. Luís Alberto Domingo Francia Farje^{2,3}

¹ Centro Paula Souza - Faculdade de Tecnologia de Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail daiane1002@hotmail.com

² Centro Paula Souza - Faculdade de Tecnologia de Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail lfranciafarje@fatecbt.edu.br

³ Faculdades Integradas de Bauru – FIB, Bauru, São Paulo, Brasil. E-mail luchofrancia@yahoo.com.br

⁴ Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail: caccontin@ibb.unesp.br

1 INTRODUÇÃO

O Carcinoma Hepatocelular (CHC) está entre os dez tumores mais frequentes a nível mundial; nos países ocidentais a incidência é menor, porém nos últimos anos a estatística tem crescido bastante, principalmente com o aumento das infecções pelo vírus da hepatite C. Em 1998 o CHC já ocupava a oitava posição em relação a óbitos no Brasil passando para sétima posição em 1999. Essa doença apresenta uma evolução rápida; se um paciente apresentar um CHC em estadio inicial este pode sobreviver por mais três anos sem que haja interferência terapêutica, porém se estiver em fase avançada ou tardia, com presença de nódulos múltiplos a sobrevida é reduzida a oito meses (LANGER et al., 2005).

Quando o diagnóstico se faz em fase inicial, é possível fazer um tratamento curativo através de ressecção cirúrgica, ablação ou transplante hepático, mas como normalmente o tratamento começa em fase tardia resta como opção terapêutica a quimioembolização hepática (SOUZA, 2011).

2 OBJETIVOS

Discutir a importância e relevância da quimioembolização no tratamento não curativo do CHC, demonstrando sua eficácia através da revisão de trabalhos científicos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica considerando conceitos básicos como: localização do fígado, anatomia externa e interna deste órgão, sua vascularização, transplante hepático, hepatocarcinoma e a quimioembolização como tratamento do CHC.

Foram utilizados como materiais de estudo, livros e artigos científicos, encontrados em banco de dados de universidades, e também através da internet, em sites como Scielo, entre outros. As principais palavras chave para a pesquisa foram: Embolização, Fígado, Hepatocarcinoma, Quimioembolização. Os artigos utilizados tem como critério de inclusão estar disponível online, ser relacionado ao tema e ter sido publicado entre o período de 2003 a 2013.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Quimioembolização

A TACE é uma técnica intervencionista introduzida inicialmente em 1981, indicada como tratamento paliativo em pacientes com vários focos tumorais ou tumores de grande porte. Consiste na obstrução da artéria que nutre o tumor através da infusão intra-arterial de um material quimioterápico juntamente com um material embolizante. Isto pode proporcionar uma diminuição do tamanho tumoral permitindo uma possível realização do transplante hepático, a ressecção ou apenas como controle da doença (LIMA, 2011).

4.2 Agentes embolíticos

- Agentes particulados (gelfoam, PVA, microesferas) (SILVA, 2010).
- Espirais metálicas (de aço inox, de platina, de tungstênio) com ou sem fibras, com controle de liberação ou de liberação livre.
- Fluidos (álcool, hystoacril, Ônix, Glubran, outros esclerosantes).
- Balões destacáveis e cateteres com balão de oclusão (tipo Fogarty).

4.3 Como é realizada a quimioembolização transarterial?

O procedimento é realizado a partir da introdução de um cateter na artéria femoral, através da técnica de Seldinger, com o local devidamente anestesiado. Esse cateter é acompanhado através de Raio-x durante todo o trajeto. Cuidadosamente o cateter é empurrado pela luz do vaso até o lobo em que o tumor se encontra. Nesse ponto é injetado um contraste para avaliar as ramificações dos vasos que nutrem o tumor, normalmente é apenas um único ramo da artéria hepática que faz sua irrigação (POSSEBON, et al. 2010).

O cateter é introduzido na arteríola responsável pela irrigação da área em que está localizado o CHC, a partir desse ponto é injetada a droga quimioterápica, geralmente usa-se mitomicina, adramicina, cisplatina ou doxorubicina associados ao lipiodol (POSSEBON et al. 2010).

Depois de injetada a droga quimioterápica, um material embolizante é injetado através de um cateter, que através de corpos estranhos (pequenos êmbolos) como microesferas, gelatina ou espuma causarão a obstrução da arteríola daquela área, impedindo que o sangue chegue até a área irrigada por essa arteríola (POSSEBON, et al. 2010).

O efeito dessa técnica ocorre na parede do vaso provocando uma isquemia no leito vascular tumoral, diminuindo o fluxo sanguíneo, ocasionando um aumento no tempo de contato do quimioterápico com a neoplasia (UFLACKER, 1987).

Na fase bem inicial, o CHC é suprido pela veia porta e é pouco vascularizado, porém isso vai mudando conforme o tumor aumenta de tamanho, seu suprimento transforma-se gradualmente passando de venoso para arterial. Normalmente o sangue é levado até o CHC por um único ramo da artéria hepática (POSSEBON, et al. 2010).

Esse é o principal motivo pelo qual o tratamento tenha a eficácia. O método tira proveito da vascularização do fígado, sendo que 25% é arterial e 75% provém da veia porta, ao contrário da vascularização dos CHC que provém preferencialmente arterial (80%) (LANGER et al. 2005).

4.4 Complicações da embolização

Após a embolização o paciente pode apresentar alguns sintomas, como febre, dor, náuseas e vômitos, mal estar em geral entre outros. A dor normalmente ocorre devido à isquemia de um tecido sadio, que pode acontecer ao redor do tecido patológico tratado. Pode acontecer também uma infecção dos tecidos submetidos à isquemia. Mas a principal complicação que pode acontecer com a realização desse procedimento é a injeção do agente embólico em local errado, uma oclusão de um tecido não desejado, isso pode acontecer com a passagem dos agentes para o sistema venoso ou o refluxo do mesmo (SILVA, 2010).

A principal contraindicação da TACE esta relacionada com o meio de contraste utilizada no procedimento, podendo causar reações moderadas a graves (LANGER et al, 2005).

4.5 Tamanho tumoral

A eficácia da TACE vai depender dos métodos adotados, e principalmente das condições, estágio em que o tumor se encontra e a reserva funcional do fígado (LANGER, et al. 2005).

Segundo Langer et al. (2005), em um trabalho experimental, 23 pacientes com fígado cirrótico que foram submetidos à quimioembolização, apresentavam tamanho médio de tumores no início do tratamento de 2,9 cm de diâmetro em seu maior eixo. Após o tratamento 13,5 meses, o tamanho médio dos tumores era de 3,2 cm. Ao final do acompanhamento, dois pacientes tiveram uma diminuição total do tamanho do tumor, outros dois pacientes tiveram uma diminuição parcial e oito pacientes tiveram uma evolução do tamanho tumoral. Os demais pacientes permaneceram estáveis.

Além de Langer et al. (2005), outros autores também obtiveram resultados semelhantes em estudos experimentais.

Em 2002 o grupo de Barcelona publicou um estudo aleatório onde era comparado o tratamento conservador, a embolização e a TACE no tratamento paliativo do CHC. Os resultados mostraram um aumento na sobrevida em 1 e 2 anos respectivamente 63% e 27%, 75% e 50%, 82% e 63%, mostrando uma superioridade da TACE com relação aos demais tratamentos (SOUZA, 2011).

SOUZA (2011) cita também que o tratamento realizado com a quimioembolização já começa a ser considerado como um tratamento curativo do CHC, mostrando que sua importância vai além dos estudos já demonstrados, e que essa técnica tem muito ainda a evoluir devendo ser estudada cada vez mais.

5. CONCLUSÕES

Houve controvérsias na literatura sobre a real efetividade da TACE com relação a redução do tamanho tumoral, porém a maioria dos estudos mostraram que tumores maiores que 5 centímetros respondem melhor ao tratamento.

A TACE mostrou-se eficiente no tratamento não paliativo do CHC, podendo ainda servir de tratamento curativo, nos estudos revisados, mostrou aumentar o tempo de sobrevivência dos pacientes, sendo muito importante, pois a demanda de doação de órgãos ainda é menor que a necessidade que se tem, e o tempo de espera pelo paciente ainda ultrapassa o tempo médio de sobrevivência.

6. REFERÊNCIAS

LANGER, L. F. et al. Contribuição da quimioembolização de hepatocarcinomas em pacientes cirróticos na espera pelo transplante hepático. **Radiologia Brasileira** 2005; 38 (1): 1-6 < <http://www.scielo.br/pdf/rb/v38n1/23359.pdf>> acesso em: 09 abr. 2013.

LIMA A. S. Há indicação de combinar quimioembolização e sorafenib? **GED Gastroenterol. Endosc. Dig.** 2011; 30 (supl. 3):10-72 < <http://www.sbhepatologia.org.br/cientifico/ged/volume30/3/21.pdf>> acesso em: 09 abr. 2013.

POSSEBON A. J. et al. **Quimioembolização transarterial como tratamento do carcinoma hepatocelular** *Perspectivas Médicas*, 21 (1): 27-31, 2010.

SOUZA, V.C Tratamento paliativo do CHC- Resultados da quimioembolização. Proposta de indicação. **GED gastroenterol. Endosc. Dig.** 2011; 30 (supl. 3): 10-72 < <http://www.sbhepatologia.org.br/cientifico/ged/volume30/3/completo.pdf#page=20>> acesso em: 09 abr. 2013.

UFLACKER, R. **Radiologia intervencionista**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1987, 613 p.