

Quimioembolização de tumores hepáticos

O princípio racional de desenvolvimento das técnicas locorregionais transarteriais para o tratamento de lesões tumorais é o de potencialização da concentração e entrega efetiva da quimioterapia antineoplásica à lesão-alvo, associada ou não ao poder da emboloterapia em limitar o aporte sanguíneo a essas lesões.

Descrita inicialmente em 1981 por Tetsuro Kato, médico do Departamento de Urologia da Escola Médica de Akita, Japão, a infusão arterial seletiva de microesferas, associada ao quimioterápico Mitomicina em tumores de rim, fígado, bexiga e útero, já mostrava o poder de se direcionar o tratamento à lesão-alvo com menores efeitos colaterais e melhores resultados nas ressecções cirúrgicas desses tumores pós-quimioembolização.

Posteriormente, a sequência que presenciamos foi a de evolução e melhora dos dispositivos destinados à realização dos procedimentos de intervenção, com a miniaturização dos materiais proporcionando menores danos, alcances mais distais aos vasos e melhor precisão dos movimentos. Em consonância e mais recentemente, a integração de aquisições tomográficas intraprocedimento – *Combine CT* – trouxe melhor precisão de entrega dos quimioembólicos à lesão-alvo. Variantes da técnica original, tanto com agentes embolizantes líquidos, como o Lipiodol, solubilizados à associação de quimioterápicos, quanto com materiais particulados exclusivos – *Bland Embolization* – ou administrados em sequência com quimioterápicos – Técnica Sanduíche – acabaram por trazer resultados diferentes, além de dificuldades de padronização de execução desses vários procedimentos que ficaram conhecidos unicamente pelo nome de quimioembolização. Essa generalização, tão benéfica no sentido de simplificação e divulgação do método, foi também danosa quando da confirmação dos resultados em publicações científicas de técnicas completamente distintas.

A evolução do arsenal terapêutico sistêmico no combate ao câncer passa pela descoberta de drogas não específicas, como os agentes alquilantes, inibidores mitóticos e antibióticos antitumorais, até a crescente personalização com a terapia hormonal, anticorpos monoclonais e terapia gênica. A melhora dos resultados, tanto em sobrevida quanto em

menores efeitos colaterais da terapia sistêmica, abre precedentes para a realização de futuros estudos clínicos com esses fármacos específicos empregados por meio das já conhecidas técnicas de Radiologia Intervencionista. Neste sentido, ainda em fase de inclusão e exemplo deste raciocínio, tem-se a utilização de microesferas carregadas com o quimioterápico Sorafenib, um inibidor de inúmeras quinases que atua no crescimento das células neoplásicas e diminuição da vascularização do hepatocarcinoma. Decifrar qual a melhor droga para atuar na lesão-alvo e, em seguida, entregá-la de forma efetiva por meio da quimioembolização parece ser um horizonte promissor para o controle das lesões neoplásicas hepáticas.

Diferente do objetivo exclusivo da embolização das lesões tumorais – *Bland Embolization* –, o equilíbrio entre a associação dos efeitos químicos, desempenhados pelo quimioterápico, e o isquêmico, proporcionado pela impactação das micropartículas, parece ter sido conquistado por meio de avaliações dos resultados da quimioembolização com microesferas carregadoras de drogas com menor diâmetro. Essas avaliações mostraram não só a obtenção de uma saturação química mais homogênea por toda a lesão tumoral, com melhores respostas preliminares em controles de imagem e anatomopatológicos, mas também segurança quando utilizadas em associação com a quimioterapia sistêmica intercalada. Assim, determinar qual o diâmetro de microesfera carregadora ideal para cada tipo biológico de tumor parece também fazer parte da pedra angular para o sucesso dessa modalidade de tratamento.

Em síntese, parece-nos racional que alcançaremos situação ideal para a quimioembolização quando empregarmos o agente quimioterápico mais efetivo destinado à lesão-alvo associado ao também ideal diâmetro de microesfera carregadora, com a certeza da entrega proporcionada pelos melhores dispositivos e aparelhos disponíveis na atualidade. Só assim excluiremos situações em que resultados de técnicas distintas consagradas uniformemente com a denominação de quimioembolização possam mascarar os verdadeiros desfechos dessa técnica locorregional.

DIRETORIA – BIÊNIO 2013-2014