

ANOS ATRÁS a cirurgiã Angelita Habr-Gama tomou uma decisão ousada, que desafiava o tratamento padrão de alguns tipos de câncer de intestino. Ela decidiu aguardar um pouco mais os efeitos do tratamento com radiação e medicamentos quimioterápicos antes de partir para uma cirurgia drástica de remoção dos segmentos finais do intestino adotada em boa parte do mundo. Em seu favor, Angelita tinha os resultados de uma série de estudos conduzidos sob sua coordenação no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e no Instituto Angelita & Joaquim Gama: 25% dos pacientes com tumor de reto tratados com radioterapia e quimioterapia haviam se recuperado completamente sem a necessidade de uma operação em geral considerada inevitável, que, nas versões mais extremas, implicava a remoção total das porções finais do intestino e o uso de uma bolsa externa coletora de fezes, procedimento conhecido como colostomia.

Em vista desses resultados, a cirurgia pode agora ser evitada, ou ao menos adiada, em até 25% dos casos – e, quando necessário, o tratamento cirúrgico pode incluir alternativas menos agressivas, como a remoção apenas do que restou dos tumores.

“Hoje é cada vez menos frequente a necessidade de amputação do reto, tratamento antes considerado padrão para essa doença”, conta o cirurgião Rodrigo Oliva Perez, da equipe de Angelita, com base nos 133 casos de pessoas que se recuperaram sem operação entre as 500 tratadas no Hospital das Clínicas e no Instituto Angelita & Joaquim Gama nos últimos 15 anos.

A proposta do grupo da USP – acompanhar o efeito da quimioterapia e da radioterapia por meio de exames rigorosos, antes de decidir pela operação – promete melhorar a qualidade de vida de quem tem câncer colorretal, que a cada ano atinge 25 mil pessoas no

# Na ordem inversa

Rádio e quimioterapia podem reduzir  
a necessidade de cirurgia radical  
para tratar tumores de reto

Brasil. Os resultados que a equipe de Angelita obteve até o momento indicam que o uso de radiação e medicamentos é tão importante quanto a cirurgia. E, em uma proporção considerável dos casos bem selecionados, pode até mesmo eliminar a necessidade de operação.

Nem sempre foi assim. Até pouco tempo atrás a radioterapia e a quimioterapia eram adotadas principalmente com o objetivo de diminuir o risco de os tumores reaparecerem depois da cirurgia. Os tumores reapareciam, explica Perez, porque o reto, uma das porções finais do intestino grosso, encontra-se muito próximo de outros órgãos, alojado em um estojo ósseo (a pélvis) de acesso muitas vezes difícil para os cirurgiões. Essa era, porém, uma região favorável para uso da radioterapia, à qual as estruturas próximas ao intestino, como a próstata e a bexiga, resistiam bem. O problema era que antes o tratamento com radiação só era realizado depois da cirurgia de extração dos tumores, dificultando a cicatrização dos tecidos e provocando efeitos tóxicos, como diarreias intensas e graus variáveis de incontinência intestinal.

**Diante desses resultados, a radioterapia associada à quimioterapia passou a ser usada antes, e não mais** depois, das cirurgias. E funcionou. No momento da cirurgia os pesquisadores notaram que alguns tumores haviam desaparecido por completo. Ao verificar a regressão total dos tumores em 25% das pessoas com câncer no reto sob seu acompanhamento no HC e no seu instituto, Angelita resolveu esperar e observar os resultados antes de seguir o procedimento padrão e indicar a cirurgia imediatamente após o tratamento com radioterapia e quimioterapia. Ela arriscou-se ainda mais, expondo os resultados a que sua equipe havia chegado aos médicos dos Estados Unidos

Por ano,  
surgem no país  
25 mil novos casos de  
câncer retal

e de outros países no congresso de 1997 da Sociedade Norte-americana de Cirurgias de Colo e Reto. “Disseram que o trabalho não era ético e fugia completamente dos preceitos cirúrgicos básicos”, lembra a pesquisadora da USP.

Mesmo tão criticada, ela não pensou em desistir. Depois de fortalecer a possibilidade de dispensar a cirurgia em alguns casos, o grupo notou que em alguns pacientes a cirurgia poderia ser eventualmente adiada para além das habituais oito semanas após o tratamento com radiação sem reduzir a eficácia do combate ao tumor. Essas conclusões, apresentadas em julho de 2008 no *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, indicavam que os efeitos da rádio e da quimioterapia poderiam intensificar-se com o tempo. Estudos feitos com pacientes com câncer de ânus, diferente do tumor de reto do ponto de vista histológico, indicavam que 20% das pessoas apresentavam regressão total dos tumores quatro semanas após as sessões de radioterapia e quimioterapia. Oito semanas depois do tratamento, a proporção das que haviam se livrado dos tumores aumentou para 80%. “Esse é um conceito ainda difícil de comprovar no caso do câncer de reto, mas aparentemente quanto maior a espera, maior pode ser o efeito da radioterapia sobre os tumores de alguns pacientes”, diz Perez. “Em alguns casos, aguardar mais pode ser melhor que fazer logo a cirurgia.”

Outra estratégia bem-sucedida criada por essa equipe foi a intensificação do tratamento com quimioterápicos, antes visto como complementar à radioterapia. Os medicamentos foram aplicados

em seis sessões, com intervalos de três semanas, e não mais em duas, uma no início e outra no fim da radioterapia. Segundo Perez, em um estudo preliminar com 34 pessoas, a taxa de resposta clínica completa (os tumores se tornaram indetectáveis por avaliação clínica, endoscópica e radiológica) passou de 25% para 65%. Em um trabalho em andamento, os pesquisadores estão usando outra técnica, a tomografia por emissão de pósitrons, antes e depois do tratamento para avaliar a regressão tumoral à rádio e quimioterapia em cem pessoas com câncer na porção final do reto.

“Nunca tive mentalidade conservadora e sempre captei logo tudo o que é novidade”, conta Angelita, que apresentou na tese de doutoramento, concluída em 1972, a viabilidade de conectar uma das porções finais do intestino, o cólon descendente, no ânus, para preservá-lo quando era necessário retirar o reto. Em junho deste ano, depois de assinar com Perez o editorial do *British Journal of Surgery* de fevereiro contando essa trajetória, ela fez uma das palestras principais no encontro anual da Sociedade Norte-americana de Cirurgias de Colo e Reto. “Aplaudiram de pé”, celebrou, 12 anos depois de ter sido severamente contestada pela mesma audiência. ■

CARLOS FIORAVANTI

## O PROJETO

*Estudo do valor da tomografia computadorizada por emissão de pósitrons na avaliação da resposta do adenocarcinoma do reto a radioterapia e quimioterapia neoadjuvante*

### MODALIDADE

Bolsa de Pós-doutorado

### BOLSISTA

RODRIGO OLIVA PEREZ - FMUSP

### INVESTIMENTO

R\$ 176.691,00