

Tratamento cirúrgico de cisto ósseo simples do fêmur proximal: relato de caso

Marcos Hajime Tanaka¹, Marcello Martins de Souza²

RESUMO

Na maioria dos casos, especialmente nos cistos ósseos simples localizados nos membros superiores, quando há sintomatologia e risco de fratura patológica, preconizamos a infiltração do cisto com corticoide. Quando a localização é no fêmur proximal, especialmente na região do colo femoral, indicamos o tratamento cirúrgico clássico com curetagem e enxertia (osso autólogo). Relatamos um caso especial onde ocorreu uma fratura patológica em um paciente com cisto ósseo simples do colo femoral e a solução adotada.

Palavras-chave: Cisto ósseo simples; Tratamento cirúrgico; Fêmur.

SUMMARY

In most cases, especially in the simple bone cysts located in the upper limbs, when there is symptomatic and risk of pathological fracture, we recommend infiltration of the cyst with corticoid. When the location is in the proximal femur, especially in the region of the femoral neck, we indicate the classic surgical treatment with curettage and grafting (autologous bone). We reported a special case where a pathological fracture occurred in a patient with a simple bone cyst of the femoral neck.

Keywords: Simple bone cyst; Surgical treatment; Femur.

INTRODUÇÃO

O Cisto ósseo simples (COS) é uma lesão benigna, pseudotumoral, unicameral ou parcialmente septada, preenchida por líquido amarelo transparente. Parece ser mais consistente com uma lesão reativa ou alteração local do crescimento ósseo. A patogênese exata é desconhecida. Quando há indicação, o tratamento clássico no nosso serviço é o método de Scaglietti et al.¹, descrito em 1979. Pelo método, efetuamos inicialmente a punção da lesão. Com a saída do líquido característico (amarelo citrino), fecha-se o diagnóstico de COS, aspiramos o conteúdo e realizamos a infiltração com metilprednisolona. Porém, quando a localização do COS é o 1/3 proximal do fêmur, especialmente no colo femoral, com o risco de fratura patológica do colo femoral e suas complicações, especialmente a necrose avascular da cabeça do fêmur,

a indicação é de tratamento cirúrgico com curetagem da lesão e preenchimento com enxerto ósseo autólogo².

RELATO DO CASO

CET, 8 anos, feminino. Apresentava queixa de dor no quadril esquerdo havia 5 meses. Ao exame físico apresentava marcha normal e discreta dor à movimentação do quadril esquerdo. Ao RX apresentava lesão lítica bem delimitada na região metafisária proximal do fêmur esquerdo, justa-fisária, com adelgaçamento das corticais medial e lateral do colo femoral esquerdo (Figura 1).

Passou em outro serviço onde foi indicada infiltração com corticoide. Durante a decisão dos pais sobre a conduta, a criança sofreu queda da própria altura, sofrendo fratura patológica do colo femoral (Figura 2).

1. Chefe do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

2. Médico Assistente do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

Autor Responsável: Marcos Hajime Tanaka / **E-mail:** tanakamarcos1@gmail.com

Paciente foi internada e submetida a tratamento cirúrgico urgente:

- Redução incruenta na mesa de tração;
- Via de acesso lateral do quadril esquerdo;
- Capsulotomia anterior com exposição do colo femoral;
- Curetagem da lesão após abertura de janela na cortical anterior;
- Retirada de enxerto do íliaco esquerdo;
- Colocação e impacção do enxerto;
- Fixação com placa especial e fixação 3 parafusos sem atravessar a fise (Figura 3);
- Gesso Pélvico-podálico (GPP).



Figura 1. Lesão lítica bem delimitada na região metafisária proximal do fêmur esquerdo (colo do fêmur)

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 2. Fratura patológica com desvio do colo femoral esquerdo

Fonte: Arquivo pessoal do autor

As preocupações maiores imediatas seriam a consolidação da fratura (Figuras 4 a 9). A seguir seria o risco de necrose avascular da cabeça do fêmur.

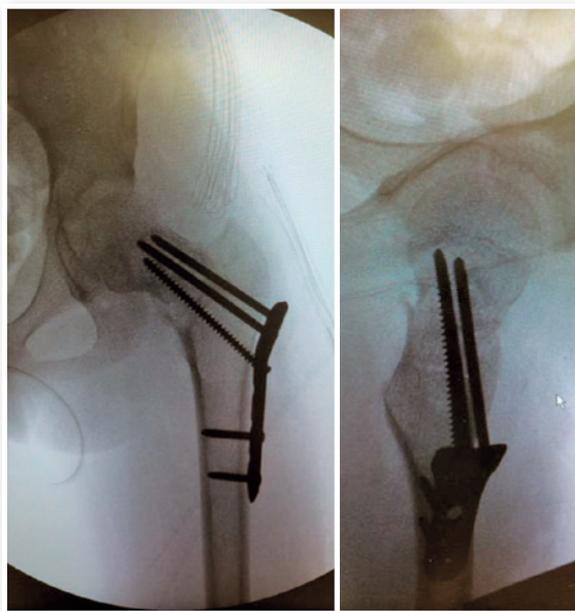


Figura 3. Pós-operatório imediato

Fonte: Arquivo pessoal do autor

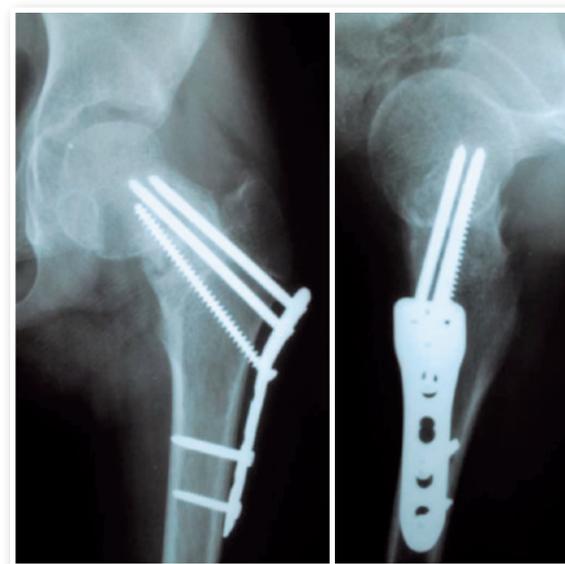


Figura 4. Pós-operatório 30 dias (retirada do Gesso Pélvico Podálico)

Fonte: Arquivo pessoal do autor

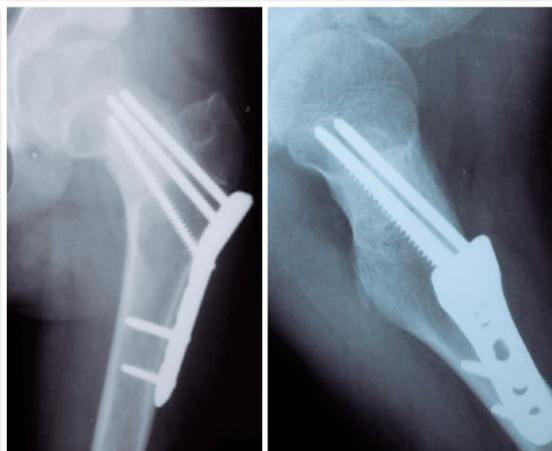


Figura 5. Pós-operatório 3 meses (fratura consolidada). Marcha com carga total

Fonte: Arquivo pessoal do autor

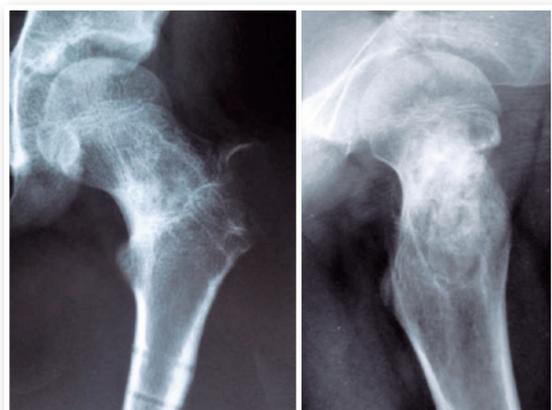


Figura 6. Pós-operatório 6 meses (retirada da placa)

Fonte: Arquivo pessoal do autor

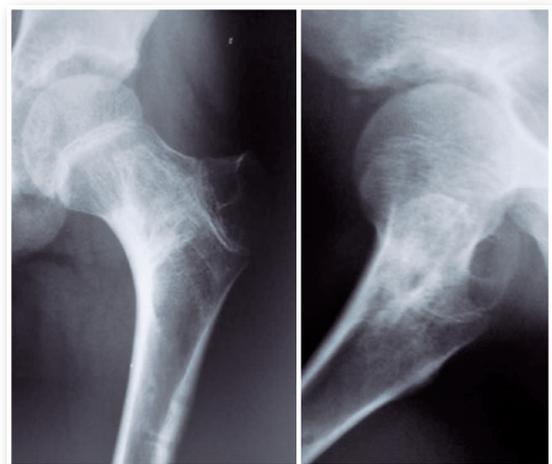


Figura 7. Pós-operatório 1 ano e 2 meses

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 8. Pós-operatório 2 anos

Fonte: Arquivo pessoal do autor

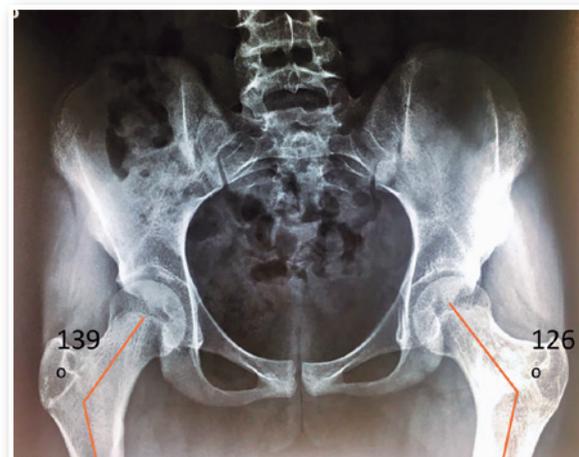


Figura 9. Pós-operatório 3 anos e 6 meses (diferença dos ângulos cervico-diafisários). Criança ainda com potencial de crescimento

Fonte: Arquivo pessoal do autor

DISCUSSÃO

O tratamento clássico do COS, quando ele se apresenta grande e sintomático, é a sua curetagem e colocação de enxerto². A fratura patológica de um COS tem baixo índice de resolução (cura) espontânea³.

Em nosso Serviço, em COS grandes com risco de fratura e sintomáticos, o tratamento mais realizado é a infiltração com corticoide (acetato de metilprednisolona). Realizamos uma infiltração a cada 2 meses em COS localizados nos membros superiores e uma infiltração por mês em ossos dos membros inferiores, especialmente no fêmur, quando a lesão não se localiza na região do colo femoral.

A cada intervalo entre uma infiltração e outra, realizamos novas radiografias. Se a lesão ainda não apresentar sinais de calcificação, realizamos uma nova infiltração. Por outro lado, se houver sinais de calcificação da lesão, encerramos o tratamento. Nos COS localizados na região do colo femoral, a opção sempre é o procedimento cirúrgico com cirurgia aberta, curetagem e enxertia⁴. Geralmente, utilizamos o enxerto autólogo (ilíaco). Em nossa opinião e da literatura, os riscos de complicações, especialmente necrose avascular da cabeça femoral, coxa vara e pseudoartrose³ justificam esse procedimento.

Nos cistos ósseos simples localizados no colo femoral a melhor conduta é a realização da cirurgia com curetagem da lesão e enxertia (osso autólogo), de preferência antes que ocorra uma fratura patológica. Caso ocorra uma fratura patológica, como ocorreu em nosso relato de caso, o tratamento cirúrgico deverá ser realizado o mais rápido possível com a redução da fratura, a curetagem da lesão e colocação de enxerto para preenchimento do tumor e fixação da fratura para estabilização do segmento. Caso houver dúvida mesmo com relação à estabilidade da fixação, um gesso pélvico podálico deverá ser utilizado. Os pais deverão ser orientados e ter

ciência de que há risco de necrose avascular da cabeça femoral. A criança deverá ser acompanhada até a parada do crescimento.

REFERÊNCIAS

1. Scaglietti O, Marchetti PG, Bartolozzi P. The effects of methylprednisolone acetate in the treatment of bone cysts: results of three year follow-up. *J Bone Joint Surg Br.* 1979; 61(2):200-4.
2. Pretell-Mazzini J, Murphy RF, Kushare I, Dormans JP. Unicameral bone cysts: general characteristics and management controversies. *J Am Acad Orthop Surg.* 2014;22(5):295-303.
3. Dormans J, Pill S. Fractures through bone cysts: unicameral bone cysts, aneurismal bone cysts, fibrous cortical defects and nonossifying fibromas. *Instr Course Lect.* 2002;51:457-67.
4. Wilke B, Houdek M, Rao RR, Caird MS, Larson AN, Milbrandt T. Treatment of unicameral bone cysts of the proximal femur with internal fixation lessens the risk of additional surgery. *Orthopedics.* 2017;40(5):e862-e867.