

Cisto ósseo simples: Técnica de infiltração com corticóide

Marcos Hajime Tanaka¹, Noboru Sakabe², Kao Chieng³

RESUMO

O tratamento do Cisto Ósseo Simples com infiltração com corticóide é um método simples e com resultados muito parecidos com o tratamento convencional com curetagem da lesão e enxerto ósseo. Os autores descrevem detalhes clínicos e radiográficos da lesão, vantagens e desvantagens da técnica e seus detalhes.

Descritores: Cisto Ósseo Simples / infiltração

SUMMARY:

The treatment of Unicameral Bone Cyst with steroid injection is a simple method and the results are similar compared with curettage and bone grafting. The authors relate clinical and radiographic details of lesion, advantages and disadvantages of the technique and its details.

Key words: Unicameral Bone Cyst / infiltration



Figura 1. Exemplo de C.O.S ativo (próximo da fise)

1 - Chefe do Grupo de Tumores Ósseos do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE.

2 - Médico Consultor do Grupo de Tumores Ósseos do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE.

3 - Médico Assistente do Grupo de Tumores Ósseos do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE.

Endereço para correspondência: R. Borges Lagoa, 1755 - 1º andar - sala 180 - São Paulo - SP - Brasil - CEP 04039-004

E-Mail: ceo_hspe@zaz.com.br

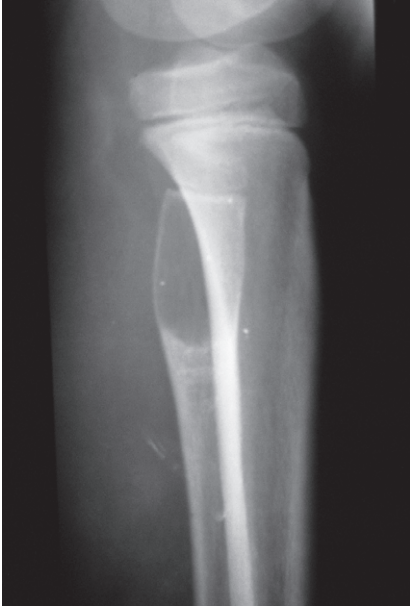


Figura 2. Exemplo de C.O.S ativo (próximo da fise)

INDICAÇÕES

O Cisto Ósseo Simples (C.O.S) é uma lesão pseudotumoral, cuja característica principal é de apresentar uma cavidade unicameral contendo líquido claro ou hemorrágico. Os C.O.S, aparecem na infância e na adolescência, e têm predileção pelo úmero proximal, fêmur proximal, tíbia proximal e fíbula. Muitas vezes os pacientes apresentam-se com fratura patológica, e este evento é a causa do seu diagnóstico. As lesões iniciais ocorrem junto à linha do crescimento e com o crescimento longitudinal do osso gradualmente se distanciam da mesma. Os C.O.S localizados próximos à linha de crescimento, são chamados de cistos ativos (figuras 1 e 2) e os distantes, de cistos latentes (figura 3). Os C.O.S ativos têm geralmente uma taxa maior de recidiva após o tratamento.

A membrana que reveste a cavidade é de espessura variável, constituída por tecido vascular frouxo onde observamos células gigantes, restos de hemorragia e depósitos de colesterol. As fraturas costumam modificar as características macroscópicas e microscópicas da lesão. Com as fraturas, verdadeiros septos formam-se no seu interior, dividindo o cisto em cavidades menores.

Ao exame radiográfico simples, podemos observar uma lesão osteolítica simétrica, bem delimitada, com afilamento e abaulamento das corticais. O diagnóstico radiográfico pode ser corroborado por Tomografia Computadorizada. Geralmente não há necessidade de Ressonância Magnética, para o seu diagnóstico.

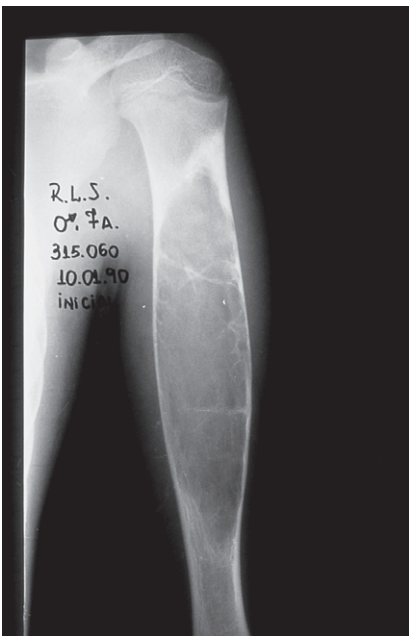


Figura 3. Exemplo de C.O.S latente (distante da fise)

Independentemente da sua natureza benigna, os C.O.S tendem a desaparecer espontaneamente após a maturidade esquelética. A presença do C.O.S causa uma redução da resistência mecânica do osso, tornando-o susceptível a fraturas patológicas, sendo portanto recomendável que o paciente diminua as suas atividades físicas. A sua etiologia é desconhecida mas entre as várias hipóteses incluem-se os processos displásicos, presença local de cisto sinovial e anomalias na circulação local.

Devido à sua etiologia desconhecida vários métodos de tratamento foram descritos.

O método mais popular e mais utilizado é a curetagem da lesão e a utilização de enxerto ósseo, porém além de ser mais agressivo, apresenta maior risco de complicações e as taxas de recidiva da lesão podem chegar a aproximadamente 40% com enxerto autólogo⁽¹⁾ e de 12 a 45% com enxerto homólogo⁽³⁾. Utilizamos o método descrito por Scaglietti, Marchetti e Bartozzoli em 1979⁽²⁾, que consiste na injeção de corticóide (Metilprednisolona) no interior do Cisto após punção percutânea e aspiração do líquido da cavidade do Cisto. A simplicidade na sua execução e baixa morbidez fizeram dela um método popular, apesar de mais de 50% dos pacientes necessitarem de mais de uma infiltração⁽⁴⁾ especialmente nos C.O.S ativos. Indicamos a infiltração com corticóide nos C.O.S de ossos longos que compreendam mais da metade do diâmetro do osso, e nos C.O.S ativos (próximos da fise) com ou sem sintomatologia mas com potencial de sofrer

fratura patológica. Atenção especial deve ser dada aos C.O.S na região proximal do fêmur a pouca distância do colo do fêmur, pois uma fratura patológica com desvio pode causar a necessidade de redução da fratura (aberta ou fechada) e há risco de desenvolver necrose avascular da cabeça do fêmur. Nessa localização a preferência na maioria dos casos é o tratamento cirúrgico com curetagem da lesão mais colocação de enxerto ósseo autólogo. Na falha do método de Infiltração com corticóide (3 infiltrações) optamos pela curetagem da lesão e enxertia. Fraturas patológicas podem ocorrer durante o tratamento e seguimento, e a maioria é tratada conservadoramente, exceto as da região proximal do fêmur.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Os pacientes selecionados conforme indicações já citadas, são esclarecidos sobre o método de infiltração com corticóide. É importante que os pais e o paciente sejam esclarecidos sobre a técnica, e a provável necessidade de outras infiltrações, assim como a possibilidade de fraturas patológicas durante o tratamento, transtorno este que certamente limitará as atividades da criança ou adolescente até que a lesão tenha cicatrizado. Na maioria das vezes informamos que são necessárias pelo menos 3 infiltrações num intervalo de 2 meses entre uma infiltração e outra, prazo suficiente para avaliarmos por radiografias simples a evolução do tratamento. Muitos C.O.S cicatrizam somente com uma ou duas infiltrações.

Radiografias e eventualmente Tomografia Computadorizada são importantes para definir previamente o melhor local para a punção.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Há necessidade de internação hospitalar pois o procedimento é realizado sob anestesia geral. Após o posicionamento do paciente localizamos a lesão com o fluoroscópio e puncionamos a lesão com uma agulha de Jamshidi utilizada para biópsias ósseas. Aspiramos e confirmamos o diagnóstico de Cisto Ósseo Simples com a saída do líquido característico. Se não houver saída de líquido (característico dos C.O.S) cuidado, efetuar somente a biópsia. Nos Cistos maiores colocamos 2 agulhas na cavidade, uma mais proximal e outra mais distal para realizarmos a lavagem do cisto. Essas agulhas colocadas estrategicamente servem para promover a lavagem da cavidade com soro fisiológico. Realizamos em alguns pacientes a injeção de contraste pela(s) agulha(s) (figuras 4, 5 e 6) e confirmamos que ela é unicameral.

Cistos que já sofreram fraturas ou já foram tratados, podem apresentar septações internas, deixando de ser unicameral, e numa infiltração, tais cavidades deverão ser infiltradas separadamente (figura 7)



Figura 4. C.O.S do fêmur proximal



Figura 5. Injeção de contraste preenchendo toda a cavidade e comprovando que a lesão é unicameral

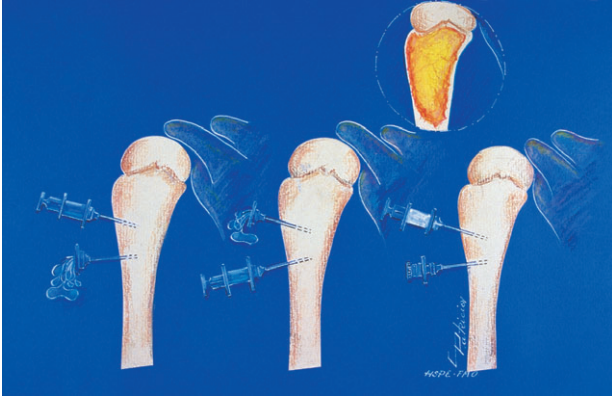


Figura 6. Ilustração da lavagem do cisto com soro fisiológico através de duas agulhas, após a lavagem, fecha-se uma das entradas e injeta-se o corticóide

Após a lavagem da cavidade, injetamos o corticóide. A dosagem utilizada normalmente é de 40 a 80 mg.

Em cistos muito grandes podemos utilizar até 160 mg. Após a injeção de Corticóide, retiramos a(s) agulha(s) e o orifício das agulhas é fechada com ponto simples.

Obs: durante ao procedimento é importante realizar a coleta de material para biópsia para confirmação diagnóstica. Esse material normalmente é retirado da parede do cisto ósseo e enviado para exame anátomo-patológico.

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

Normalmente os procedimentos são realizadas em tempo cirúrgico curto e a alta pode ser dada no mesmo dia. Orientações gerais são feitas a respeito da cicatriz cirúrgica. Orientamos diminuição e afastamento das atividades físicas durante o período do tratamento. Hematomas ao redor da região da cicatriz podem ocorrer e isso deve ser avisado ao paciente. A dor pós-operatória costuma ser discreta e analgésicos e anti-inflamatórios habituais já são suficientes. O(s) ponto(s) são retirados em uma semana. Novo retorno deve ser realizado em 2 meses com nova radiografia, para avaliação e planejamento ou não de nova infiltração, com os mesmos cuidados da primeira.

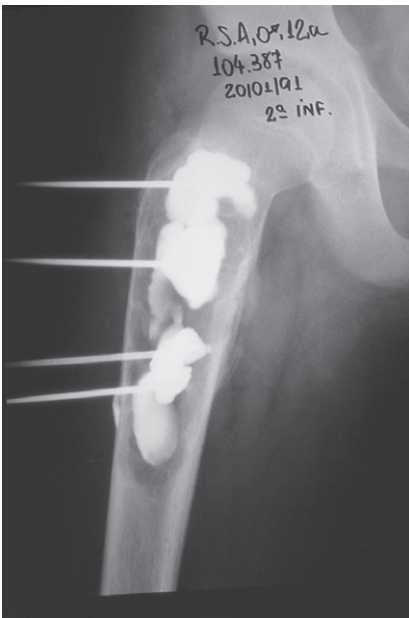


Figura 7. Dois meses após a 1ª infiltração, formaram-se septos na cavidade, comprovados pela injeção de contraste, e foram infiltradas separadamente

COMPLICAÇÕES

As complicações com o método de infiltração normalmente não são relacionados à técnica pois ela é muito simples. As fraturas patológicas no momento da infiltração são raras. Como é um método simples a sua morbidade é muito baixa e mesmo infecções superficiais da cicatriz são raras. O maior transtorno da técnica, e não complicação, é que normalmente são necessárias mais que uma infiltração, o que requer nova internação hospitalar e anestesia.

RECOMENDAÇÕES

Sempre que suspeitarmos de um Cisto Ósseo Simples, especialmente para quem não está habituado a ver e tratar com frequência este tipo de patologia, não esquecer que é necessário o seu diagnóstico anátomo-patológico. Ao patologista é importante as informações sobre a lesão, localização, idade etc, além de material suficiente para a análise e diagnóstico. O melhor material é o da parede do Cisto, porém lembrar que alguns componentes da parede do Cisto como as células gigantes podem estar presentes em outras lesões (Cisto Ósseo Aneurismático, Tumor de Células Gigantes, e até no Osteossarcoma do tipo Telangectásico). O importante portanto é “raspar” a parede do Cisto com a agulha e aspirar com uma seringa (punção aspirativa). Outra recomendação importante na infiltração do cisto é durante a lavagem do cisto. Sempre que possível puncionar com 2 agulhas para a lavagem da lesão.

Após a aspiração do conteúdo, injeta-se soro fisiológico por uma agulha e observamos a saída pela outra agulha comprovando que a cavidade é unicameral. A seguir promovemos o inverso para finalizarmos a lavagem da cavidade. Ao final da lavagem, o líquido deve entrar e sair límpido. Após a lavagem, fechamos uma das entradas e injetamos o corticóide pela outra agulha. Após a injeção aguardamos alguns segundos e retiramos as agulhas em conjunto. Quando o Cisto é menor, utilizamos somente uma agulha para a lavagem e injeção do corticóide

REFERÊNCIAS

1. Neer CS, Francis KC, Marcove RC, Terz J, Carbonara PN. Treatment of unicameral bone cyst: a follow-up of one hundred seventy five cases. J Bone Joint Surg (A) 1966; 48:731-45.
2. 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 (B) 1979;61:200-4.
3. Spence KF, Bright RW, Fitzgerald SP, Sell KW. Solitary unicameral bone cyst: Treatment with freeze-dried crushed cortical-bone allograft. J Bone Joint Surg (A) 1976; 58: 636-641.
4. Oppenheim WL, Galleno H. Operative treatment versus steroid injection in the management of unicameral bone cysts. J Pediatric Orthop 1984; 4: 1-7.