Sacralectomia

Marcello Martins de Souza[1], Marcos Hajime Tanaka[2], Ytauan Barros Calheiros[3], An Wan Ching[4], Raphael Paulo de Paula Filho[4]

RESUMO

A sacralectomia é uma cirurgia complexa de uma região anatômica que exige uma equipe multidisciplinar treinada e experiente. Sua principal indicação é a ressecção de tumores malignos do sacro, sendo o mais comum deles o cordoma. Nos tumores retais ou pélvicos também é um procedimento indicado devido a proximidade ou ate envolvimento sacral. O grande diferencial deste procedimento é o nível da osteotomia do sacro, ou seja, para lesões acima da linha sacrilíaca (S2) podemos ter sequelas neurológicas permanentes dos esfíncteres e ate impotência nos pacientes masculinos. Já para as osteotomias abaixo de S2 (preserva raízes de S2) as sequelas são temporárias ou ate mesmo inexistentes. O saco dural termina entre S2-S3. Quando há um comprometimento prévio é feita uma abordagem por via anterior e posterior, quando a massa tumoral se localiza posteriormente, a via escolhida e posterior com o paciente em decúbito ventral.

Palavras-chave: Tumor sacral. Tratamento. Cordoma.

SUMMARY

Sacralectomy is a complex surgery of a complex anatomical region that requires a multidisciplinary team trained and experienced team. The major indication is the resection of malignant tumors of the sacrum, the most common is chordoma. In rectal or pelvic tumors, it is also a procedure indicated due to proximity or sacral involvement. The great differential of this procedure and the level of the osteotomy of the sacrum is that lesions above the sacroiliac (S2) line, may cause permanent neurological sequelae of the sphincters and even impotence in the male patients. Already for the osteotomies below S2 (preserving roots of S2) the lesions are temporary or even nonexistent. Dural sac ends between S2-S3. When there is anterior lesion an approach should be performed anteriorly and posteriorly. If the mass is located posteriorly this approach is chosen.

Keywords: Sacral tumor. Treatment. Chordoma.

INTRODUÇÃO

Os tumores primários do sacro são muito raros, correspondem de 1 a 4,5% de todos os tumores ósseos. Geralmente, são tumores de crescimento lento com baixo potencial metastático apesar de serem malignos, o que favorece a demora em seu diagnóstico. A sacrectomia ou sacralectomia é um procedimento de indicações restritas pela raridade da lesão e pela baixa aceitação. A anatomia desta região é extremamente complicada, repleta de estruturas nobres, o que exige uma equipe altamente treinada e experiente[1-6].

As principais indicações da sacralectomia são as lesões tumorais primárias do sacro, como o cordoma (lesão óssea primária mais comum) entre outros tumores (nosso caso é o leiomiossarcoma). Carcinoma retal, assim como sua recidiva local e outros tumores pélvicos com aderência ao sacro também tem indicação de sacrolectomia. A fim de aumentar a exposição para uma abordagem mais adequada do reto podem ser ressecadas as vértebras S4 e S5[2-7].

Lembramos que as complicações são comuns, mesmo com a correta indicação e todos os cuidados cirúrgicos. Isso dificulta, entre outras coisas, o consentimento (obrigatório) do paciente. Vale res-

1. Médico Assistente do Grupo de Oncologia Ortopédica do HSPE – SP
2. Chefe do Grupo de Oncologia Ortopédica do HSPE – SP
3. Chefe de Enfermaria do Serviço de Cirurgia Oncológica do HSPE – SP
4. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HSPE – SP
5. Chefe do Serviço de Cirurgia Oncológica do HSPE – SP

Autor Responsável: Marcello Martins de Souza / **E-mail:** Marcello.m.desouza@gmail.com

saltar as peculiaridades deste caso, como o tamanho da lesão e sua extensão extracorpórea, assim como a solução cirúrgica

RELATO DO CASO

CLT, masculino, 74 anos, referia dor em região baixa da coluna havia três meses sem melhora com medicação, com piora progressiva há um mês. Não referia trauma prévio ou doença associada. Fez uso de analgésico sem melhora da dor e após um mês refere aumento de volume no local (região lombar baixa) que dificultava a sentar e à deambulação. No pronto-socorro do HSPE foram realizadas radiografias (Figura 1) e então o paciente foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Oncológica.

Após exames de estadiamento da lesão, como a tomografia (Figuras 2 e 3) foram solicitados exames pré-operatórios para a realização da biópsia. O resultado da biópsia foi leiomiossarcoma de alto grau.

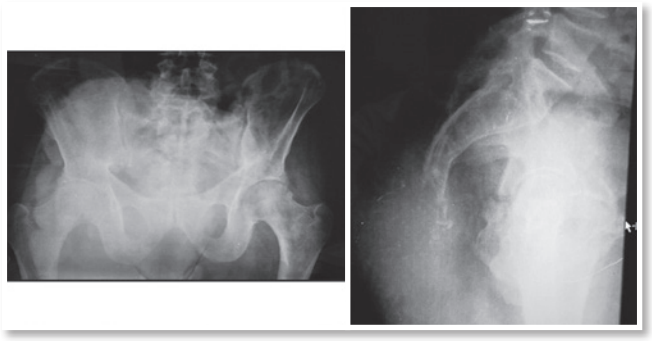


Figura 1. Radiografia Ap e P de sacro. Nota-se a lesão lítica ao nível de S3 (perfil)
Fonte: HSPE

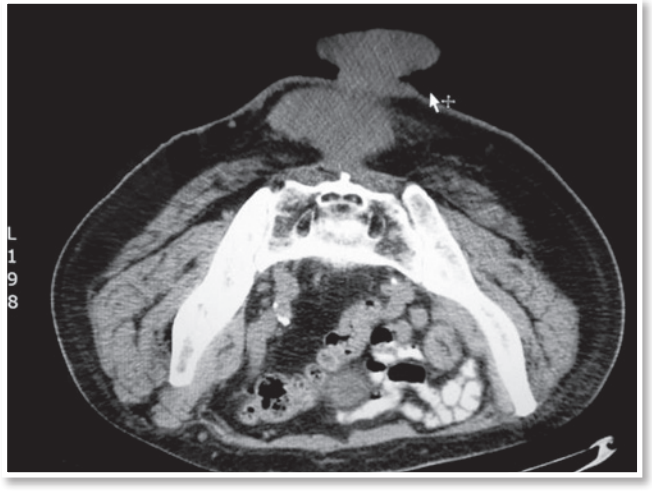


Figura 2. Corte axial de tomografia computadorizada mostrando a lesão posterior
Fonte: HSPE

Após consentimento do paciente foi indicada a sacralectomia ao nível de S3.

Após detalhado estadiamento (Figuras 1 a 4) e exame proctológico verificou-se que a lesão não comprometia o reto, o que permitiu somente a abordagem por via posterior. À tomografia a lesão foi bem visualizada, por isso a ressonância magnética não foi necessária para este caso (Figuras 2 e 3). A tomografia de tórax demonstrou ausência de metástase pulmonar (Figura 4).

Paciente foi posicionado em decúbito ventral horizontal (Figura 5) após anestesia geral e sonda vesical. A lesão era evidente macroscopicamente (Figura 6).

A incisão seguiu a linha média, circunscrevendo a lesão com margem oncológica. Dissecção cuidadosa do plano muscular (glúteo máximo) obtida com hemostasia cuidadosa, respeitando os planos até a exposição da superfície posterior do sacro. Foram ressecados os ligamentos sacrotuberoso e sacroespinhoso. Como a massa tumoral era muito grande, sua manipulação foi sempre protegida com uma compressa delicada. O ligamento anucoccigeo foi seccionado liberando assim o reto do sacro e facilitando a exposição anterior do osso. Observou-se que não havia aderência sacrorretal e, portanto o reto não foi abordado.

Com a devida exposição da lamina anterior do sacro realizou-se a osteotomia com serra de Gigli e pela dificuldade da visualização das raízes nervosas (pela presença da massa tumoral) algumas foram sacrificadas. A osteotomia foi feita ao nível de S3, de anterior para posterior, sem intercorrências. Não foi utilizada cera de osso (Figura 7). A peça cirúrgica foi encaminhada para análise anátomo-patológica (Figura 8 e 9).



Figura 3. Corte axial de tomografia computadorizada demonstrando o tamanho da lesão e sua relação o reto
Fonte: HSPE

Vale ressaltar a importância que a osteotomia seja feita S2 (sempre que possível), nível em que o saco dural geralmente acaba evitando fístula liquórica e possível meningite, complicação devastadora para o paciente com aumento da morbidade.

Após retirada de toda a lesão, a equipe da cirurgia plástica realizou a cobertura e fechamento da ferida cirúrgica com rotação de retalho miocutâneo (Figura 10).

DISCUSSÃO

A sacralectomia é um procedimento raro. Isso ocorre devido à localização incomum do tumor, assim como o difícil consentimento do paciente, pois as complicações neurológicas geralmente são



Figura 4. Tomografia de tórax evidenciando que o pulmão esta livre de lesão metastática
Fonte: HSPE



Figura 5. Posicionamento do paciente (decúbito ventral)
Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 6. Tamanho da lesão vista lateral e posterior
Fonte: Arquivo pessoal do autor

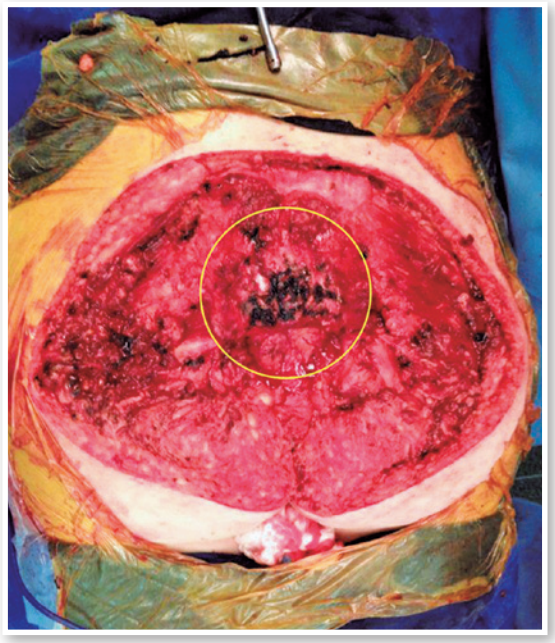


Figura 7. Aspecto do leito cirúrgico após ressecção da lesão tumoral. Notar a hemostasia adequada e o nível da osteotomia (círculo)
Fonte: Arquivo pessoal do autor

permanentes e alteram muito a qualidade de vida. Por tudo isso e pela complexidade anatômica da região, é um procedimento que deve ser realizado em um centro especializado, com uma equipe multidisciplinar experiente[1-5].

As ressecções abaixo de S3 (este caso) não costumam comprometer as funções esfincterianas e, portanto apresentam uma melhor evolução clínica do paciente. Nos casos em que a osteotomia é realizada ao nível de S2 e bilateral, pode ocorrer incontinência urinária e fecal e impotência nos casos dos pacientes masculinos. Quando um lado é preservado (S2) pode haver alguma função vesical[1-7].



Figura 8. Visão posterior após ressecção tumor. Notar que a pele e tecido subcutâneo foram ressecados juntamente com a lesão tumoral, deixando grande falha de cobertura de partes moles
Fonte: Arquivo pessoal do autor

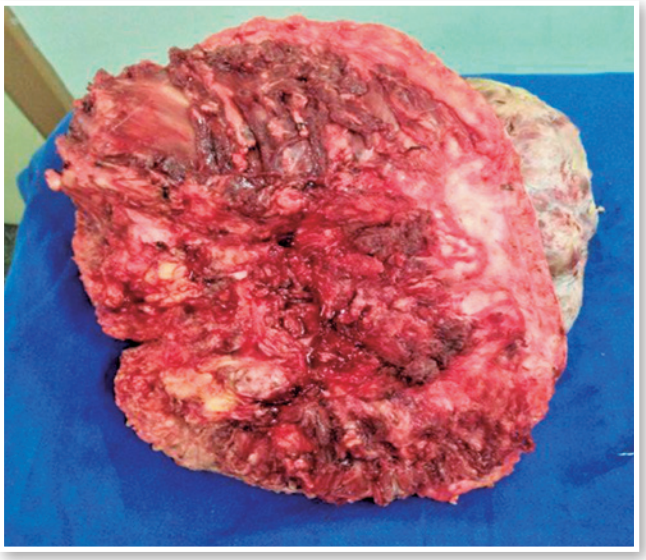


Figura 9. Peça cirúrgica contendo o tumor e a marg em cirúrgica (visão anterior)
Fonte: Arquivo pessoal do autor

Nesse caso, o paciente apresentou uma discreta disfunção esfincteriana, mas preservou função retal.

O paciente teve alta da UTI após 48 horas para a enfermaria, alta hospitalar no sétimo dia pós-operatório com antibiótico e dreno de aspiração. Não houve intercorrência no acompanhamento ambulatorial e por volta do 360º dia pós-operatório sofreu uma queda da própria altura em casa, que evoluiu com hematoma no local do retalho e assim o paciente foi internado para drenagem. Na ocasião, acabou falecendo de complicações de uma pneumonia hospitalar.

A taxa de complicação deste tipo de procedimento é muito alta e entre as mais comuns estão: sequela neurológica, dependendo a gravidade do nível da osteotomia, infecção (meningite nos casos de lesão do saco dural), fistula liquórica e recidiva da lesão, geralmente associada à falta de ressecção adequada[1-6].

Concordamos com a literatura internacional quanto à complexidade do procedimento e também sugerimos que esse tipo de cirurgia deve ser sempre realizada em grandes centros de referência



Figura 10. Aspecto final após rotação de retalho realizada pela equipe da cirurgia plástica
Fonte: Arquivo pessoal do autor

oncológica por uma equipe treinada e experiente, a fim de minimizar as complicações que podem ser decorrentes da alta complexidade anatômica desta localização. Vale lembrar que o déficit neurológico residual pode ser permanente e piora muito a qualidade de vida do paciente assim como a sobrevida.

REFERÊNCIAS

1. Malawer MM, Sugarbaker PH, Lopes A. Atlas de Cirurgia para sarcomas ósseos e de partes moles. São Paulo: Lemar; 2003, p. 263-77.
2. Mindeli JER. Chordoma. J Bone Joint Surg Am. 1981;63(3):501-5.
3. Gennaril, Azzareli A, Quaglivado V. A Posterior approach for the excision of sacral chordoma. J Bone Joint Surg Br. 1987;69(4): 565-8.
4. Amarasingam S, Chetan B, Jenkins JT, Anthony A, Murphy J. Systematic review of pelvic exenteration with bloc sacrectomy for recurrente retal adenocarcinoma: R0 ressection predicts disease-free survival. Dis Colon Rectum. 2017;60(3):346-352.
5. Wang Y, Guo W, Shen D, Tang X, Yang Y, Ji T, Xu X. Surgical treatment of primary osteosarcoma of the sacrum: a case series of 26 patients. Spine (Phila Pa 1976). 2017;42(16):1207-1213.
6. Mavrogenis A F, Angelini A, Panagopoulos GN, Pala E, Calabro T, Igoumenou VG, et al. Aggressive chordomas: clinical outcome of 13 patients. Orthopedics. 2017 ;40(2):e248-e254.
7. Palejwala AH, Fridley JS, Garcia K, Vasudevan SA, Khechoyan D, Rednam S, et al. Hemisacrectomy with preservation of the contralateral sacral nerve roots and sacroiliac joint for pelvic neurofibrossarcoma in a 7-year-old child: case report with 2 year follow up. J Neurosurg Pediatr. 2017;19(1):102-107.