

Metástase óssea por carcinoma renal: tratamento ortopédico

Marcos Hajime Tanaka¹, Marcello Martins de Souza²

RESUMO

Metástases ósseas ocorrem em um terço dos pacientes portadores de carcinoma renal avançado. O envolvimento ósseo é caracterizado por lesões líticas, agressivas que podem provocar grande morbidade. O tratamento cirúrgico é o tratamento de escolha, pois a radioterapia e quimioterapia geralmente não são eficazes. Relatamos um caso onde o paciente foi submetido a tratamento convencional (fixação com placa) por uma fratura que a princípio não havia sido diagnosticada como patológica. Na evolução, houve aparecimento e crescimento de tumoração na coxa com sinais clínicos e radiográficos de uma lesão típica de metástase de carcinoma renal. A conduta ideal nesses casos é a ressecção ampla, com a intenção curativa. Os pacientes portadores de metástase única por carcinoma renal apresentam melhor prognóstico que os que apresentam várias metástases e são um capítulo especial no tratamento das metástases ósseas.

Palavras-chave: Metástase Óssea. Carcinoma Renal. Tratamento.

SUMMARY

Bone metastases occur in one third of patients with advanced renal cell carcinoma. Bone involvement is characterized by aggressive, lytic lesions that can cause great morbidity. Surgical treatment is the treatment of choice because radiotherapy and chemotherapy are usually not effective. We report a case where the patient underwent conventional treatment (plate fixation) for a fracture that had not previously been diagnosed as pathological. In the evolution, there was appearance and growth of a tumor in the thigh with clinical and radiographic signs of a typical lesion of renal cell carcinoma metastasis. The ideal conduct in these cases is the wide resection, with curative intent. Patients with single metastasis due to renal cell carcinoma have better prognosis than those with various metastases and are a special chapter in the treatment of bone metastases.

Keywords: Bone metastasis. Renal cell carcinoma. Treatment.

INTRODUÇÃO

O carcinoma renal corresponde a 3 a 5% de todos os tumores malignos em adultos¹. É o 7º tumor mais frequente nos homens e o 10º nas mulheres. A incidência de câncer renal aumenta 3% ao ano². 30% dos pacientes já apresentam metástase ao diagnóstico

do tumor renal. A sede mais comum das metástases por carcinoma renal é o pulmão (50%) seguido dos ossos (20-50%). 50% dos pacientes com metástase óssea sobrevivem no primeiro ano e somente 10% sobrevivem 5 anos³.

As metástases ósseas originadas por carcinoma renal são líticas e apresentam um caráter agressivo com tendência à destruição

1. Chefe do Grupo de Oncologia Ortopédica do HSPE-SP

2. Médico Assistente do Grupo de Oncologia Ortopédica do HSPE-SP

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

óssea. Entre as causas do carcinoma renal estariam: fumo, obesidade, hipertensão arterial, cisto renal e tuberculose renal. A faixa etária de preferência é ao redor dos 65 anos de idade. O tumor de células claras é a variante mais frequente (75%). Os sintomas mais comuns são: hematúria, dor nos flancos e massa abdominal palpável. O prognóstico dos pacientes portadores de metástases ósseas é ruim, especialmente na presença de metástases múltiplas (óssea e visceral)⁴ Pacientes que apresentam metástase óssea única apresentam melhor prognóstico (35-60% em 5 anos)⁵. Como são lesões que não respondem bem à quimio e radioterapia, o tratamento cirúrgico é a melhor opção, especialmente nas lesões nos ossos longos⁶⁻⁷. A radioterapia é reservada como método paliativo para melhora da dor, e em metástases múltiplas⁸.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 63 anos de idade, sofreu fratura do fêmur direito após queda da própria altura. Foi submetido a fixação com placa + parafusos em outro serviço (Figura 1). Após 3 meses da cirurgia, paciente apresentava-se com dor na coxa direita. Ao ser examinado no serviço de origem, foi visualizada uma lesão

destrutiva extensa, com massa tumoral facilmente palpável na coxa direita. Apresentava dor local e presença de circulação colateral na coxa direita. Caprichosamente a placa manteve a fixação proximal e distal e não houve fratura patológica do fêmur (Figura 2). O paciente apresentava antecedente de câncer renal operado havia um ano em outro serviço.

Foi encaminhado ao HSPE-SP, onde fizemos os exames de estadiamento, avaliação oncológica e urológica. Constatamos que a lesão do fêmur, compatível com metástase por câncer renal, era única e indicamos o tratamento cirúrgico. Tumores renais sempre apresentam uma abundante vascularização com risco de sangramento importante e até morte no intra-operatório. Solicitamos a embolização seletiva intra-arterial dos vasos nutriciais do tumor, 3 dias antes da cirurgia, e realizamos a ressecção ampla com parte da musculatura da coxa como margem de segurança da lesão metastática em conjunto com a cirurgia vascular. O tumor estava muito aderido ao feixe vascular principal da coxa direita, porém conseguimos ressecá-lo sem a necessidade de enxerto vascular. Após a ressecção do tumor, substituímos o osso ressecado por uma endoprótese não convencional modular desde o quadril até o terço médio-distal do fêmur direito, mantendo a integridade anatômica e mecânica do membro. Foram transfundidas seis bolsas de concentrado de hemácias no intra-operatório e mais quatro bolsas na



Figura 1. Fratura patológica do fêmur fixada com placa e parafusos (PO 3 semanas). Nota-se a lesão lítica no foco de fratura

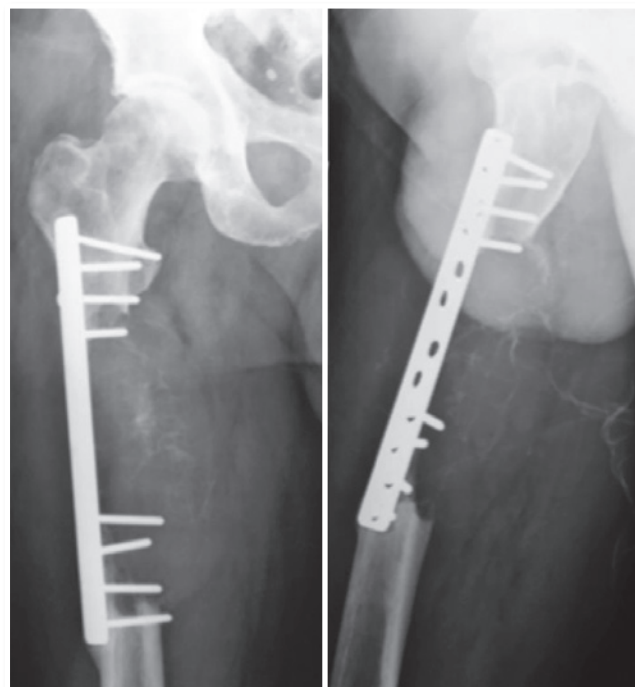


Figura 2. Pós operatório - 3 meses. Extensa lesão nas partes moles com calcificações internas

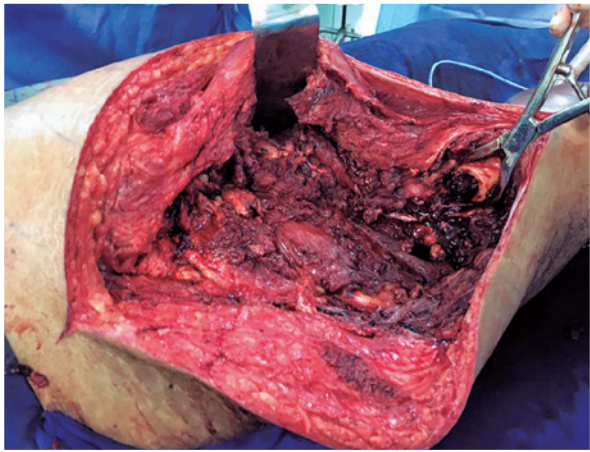


Figura 3. Intra-operatória mostrando a falha óssea após a ressecção do tumor

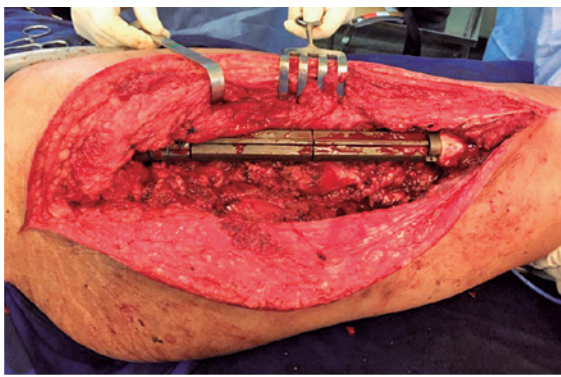


Figura 4. Endoprótese já fixada e reduzida

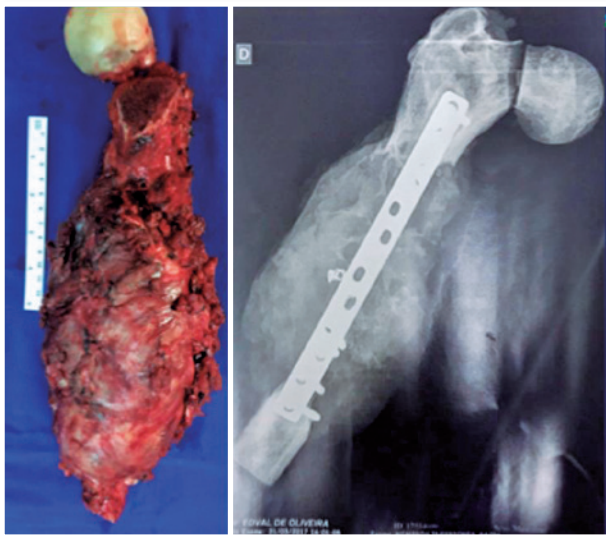


Figura 5. Peça ressecada e RX

UTI. Paciente permaneceu internado na UTI durante 7 dias, onde apresentou variação na pressão arterial, sendo necessária a utilização de drogas vasoativas, mas recuperou-se bem. Recebeu alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório e realiza os retornos ambulatoriais. Atualmente no 6º mês de pós-operatório, caminha com o auxílio de bengala e está clinicamente muito bem e faz os acompanhamentos oncológicos.

DISCUSSÃO

O tratamento da metástase óssea é um capítulo especial na Oncologia. O ortopedista é chamado para avaliar um paciente geralmente quando a fratura já aconteceu. O enfoque da oncologia moderna é de ter o caráter multidisciplinar. Portanto, o ideal seria que toda e qualquer lesão óssea, suspeita de malignidade, o ortopedista fosse chamado. As metástases ósseas provocadas por carcinoma renal estão aumentando em sua frequência. Ao lado das lesões ósseas provocadas por carcinoma de tireóide as metástases provocadas

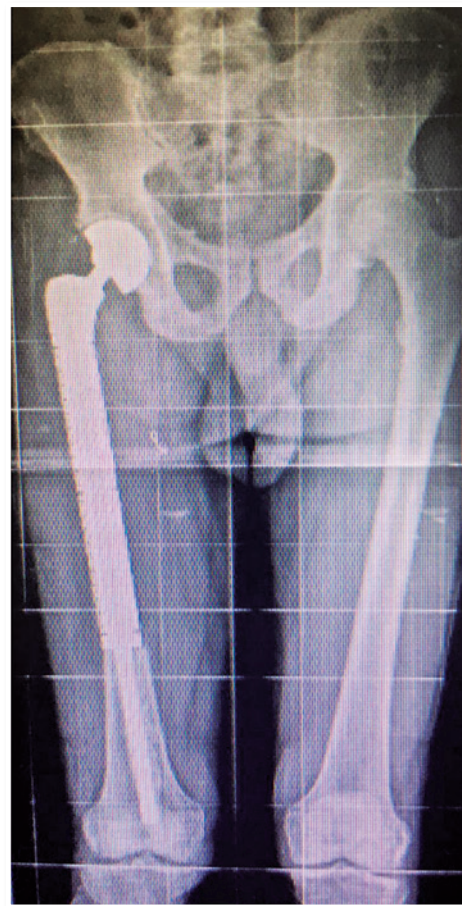


Figura 6. RX da Endoprótese



Figura 7. Pós-operatório - 6 meses caminhando com bengala

por carcinoma renal merecem atenção especial. Devemos nos prevenir e estarmos preparados para enfrentar sangramento importante durante a cirurgia, especialmente em lesões extensas como esse caso relatado. Nesses casos, a embolização intra-arterial dos vasos nutritivos do tumor é um procedimento importante e indicado que pode salvar a vida de um paciente. Atualmente as lesões ósseas metastáticas provocadas por carcinoma renal exigem ressecções com critérios oncológicos, para que possamos colaborar com o aumento da sobrevida e da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. MacLaughlin JK, Lipworth L. Epidemiologic aspects of renal cell cancer. *Semin Oncol.* 2000;27(2):115-23.
2. Chow WH, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni JF Jr. Chow WH, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni JF Jr. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *JAMA.* 1999;281(17):1628-31.
3. Motzer RJ, Bacik J, Mazumdar M. Prognostic factors for survival of patients with stage IV renal cell carcinoma: memorial sloan-kettering cancer center experience. *Clin Cancer Res.* 2004 Sep 15;10(18 Pt 2):6302S-3S.
4. Althausen P, Althausen A, Jennings LC, Mankin HJ. Prognostic factors and surgical treatment of osseous metastases secondary to renal cell carcinoma. *Cancer.* 1997;80(6):1103-9.
5. Fuchs B, Trousdale RT, Rock MG. Solitary bony metastasis from renal cell carcinoma: significance of surgical treatment. *Clin Orthop Relat Res.* 2005;(431):187-92.
6. Jung ST, Ghert MA, Harrelson JM, Scully SP. Treatment of osseous metastases in patients with renal cell carcinoma. *Clin Orthop Relat Res.* 2003;(409):223-31.
7. Lin PP, Mirza AN, Lewis VO, Cannon CP, Tu SM, Tannir NM, Yasko AW. Patients survival after surgery for osseous metastases from renal cell carcinoma. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89(8):1794-801.
8. Reichel LM, Pohar S, Heiner J, Buzaiyanu EM, Damron TA. Radiotherapy to bone has utility in multifocal metastatic renal carcinoma. *Clin Orthop Relat Res.* 2007;459:133-8.