

Tratamento cirúrgico de metástase de tumor renal no úmero com endoprótese não convencional: relato de caso

Marcos Hajime Tanaka¹, Marcello Martins de Souza², Luiz Eduardo Passos³

RESUMO

Os autores apresentam uma técnica alternativa de tratamento de lesões ósseas metastáticas diafisárias de membro superior, agressivas e pouco responsivas a tratamentos adjuvantes. Suas vantagens e desvantagens, indicações e contra-indicações também são relatadas assim como as principais complicações do método.

Palavras-chave: Carcinoma renal. Metástase óssea. Tratamento cirúrgico. Endoprótese de úmero. Prognóstico.

SUMMARY

The authors report a alternative technique to treatment of a metastatic bone lesions of the upper limb, aggressive and unresponsive to adjuvant treatment. Advantages, disadvantages, indications and contraindications also are reported as well as majors complications.

Keywords: Renal cell carcinoma. Bone metastasis. Surgical treatment. Humerus endoprosthesis. Prognosis.

INTRODUÇÃO

As lesões ósseas metastáticas são uma complicação relativamente frequente em alguns casos de câncer, como o de mama na mulher e o de próstata nos homens quando não diagnosticados precocemente. Sabe-se que a principal via de disseminação é a hematogênica, e dependendo da combinação dos fatores como tipo histológico da lesão primária, imunidade do paciente e anatomia favorável (lesão pré-existente) a lesão óssea metastática pode ocasionar uma destruição local importante, evolutiva e de difícil tratamento¹.

O tratamento deste tipo de lesão visa sempre a qualidade de vida do paciente, melhora da dor e função do membro, baseado na sua

expectativa de vida. A maioria das lesões ósseas deste tipo são de tratamento conservador com hormonioterapia, quimioterapia, radioterapia entre outras modalidades não cirúrgicas, mas sabe-se que tumores como melanoma, carcinoma renal e metástase de sarcomas respondem mal à drogas e radioterapia¹, devendo nestes casos, se pensar em um método de tratamento cirúrgico mais agressivo, ou seja, com uma ressecção da lesão^{2,3}.

Há um consenso na literatura quanto ao tratamento cirúrgico ideal das fraturas patológicas diafisárias de ossos longos: tutor intramedular com ou sem cimento ósseo acrílico². Nos casos mal respondedores do tratamento adjuvante (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia) devemos ter mais cuidado, pois a lesão óssea metastática pode evoluir no pós-cirúrgico com aumento da destruição

1. Chefe do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

2. Médico Assistente do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

3. Médico Residente (R3) do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

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

óssea local e, portanto, permanência da dor, além da possibilidade de evoluir para fadiga do material (haste)²⁻⁶.

Nestes casos os autores propõem a ressecção da lesão e a reconstrução com endoprótese não convencional diafisária cimentada da lesão, permitindo um melhor controle local da doença, além de uma mobilização precoce do membro.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 60 anos, relata quadro de dor no braço esquerdo com início havia 5 meses, sem história de trauma e com piora progressiva. Negava outras queixas ou antecedentes oncológicos. Paciente procurou o PS do HSPE-SP.

Ao exame físico do atendimento inicial a paciente apresentava bom estado geral e referia dor a palpação de região anterolateral do terço médio do braço, além de dor a mobilização do ombro e cotovelo. Não apresentava massas ou abaulamentos palpáveis nem queixas neurovasculares. Referia como única comorbidade hipertensão arterial sistêmica tratada com medicamentos. Realizada radiografia antero-posterior e perfil do braço esquerdo sendo visualizada lesão lítica diafisária do úmero esquerdo e encaminhada ao ambulatório prontamente (Figura 1).

Para fins educacionais, sugerimos esse parêntese com o raciocínio clínico do especialista naquela ocasião. De acordo com a história, aspectos clínicos, exame físico e radiológico da paciente, suspeitou-se de metástase óssea ou mieloma múltiplo. Mesmo sendo metástase nossa primeira hipótese diagnóstica, é sempre interessante afastar mieloma (eletroforese de proteínas, proteinúria de Bence Jones e mielograma). Seguindo a pesquisa do sítio primário foi solicitada tomografia computadorizada de tórax e abdome, pensando-se tumores de mama, tireóide, pulmão e rim como os mais prováveis. Cintilografia completa o diagnóstico, rastreando a presença de outras lesões ósseas. Exames pré-operatórios foram solicitados também.

Após 30 dias, a paciente retornou ao ambulatório com piora do quadro álgico, sendo realizada nova avaliação radiográfica com visualização de fratura patológica na diáfise de úmero esquerdo (Figura 2). A lesão mantinha o aspecto lítico com afilamento de cortical, porém praticamente dobrou de extensão num período aproximado de um mês. Ficava evidente o aspecto agressivo da lesão. Naquele momento, devido aos padrões líticos e topográficos visualizados na radiografia, pensamos em metástase de pulmão, rim ou tireóide.

Na tomografia de abdome havia uma extensa formação expansiva e heterogênea sólido-cística comprometendo os terços médio e superior do rim esquerdo, de contornos lobulados e limites parcialmente definidos com o parênquima renal normal, medindo cerca de 12x10x9cm, estendendo-se posteriormente e fazendo amplo contato com a parede abdominal (Figura 3).

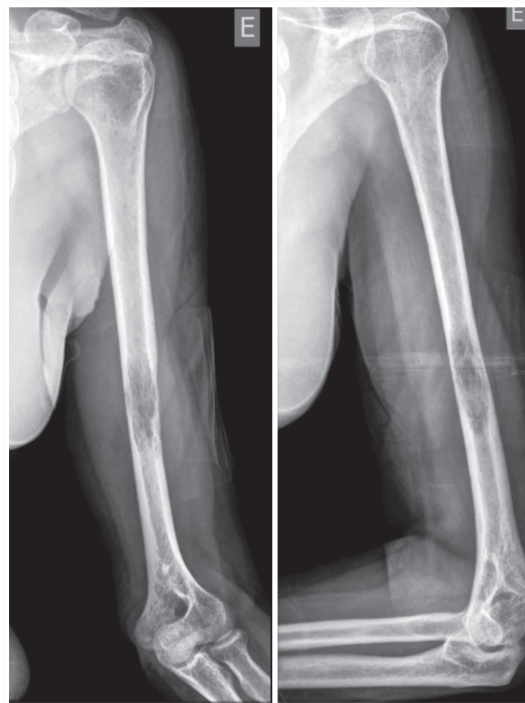


Figura 1. Lesão lítica sem fratura, com afilamento da cortical do 1/3 médio do úmero esquerdo

Fonte: HSPE

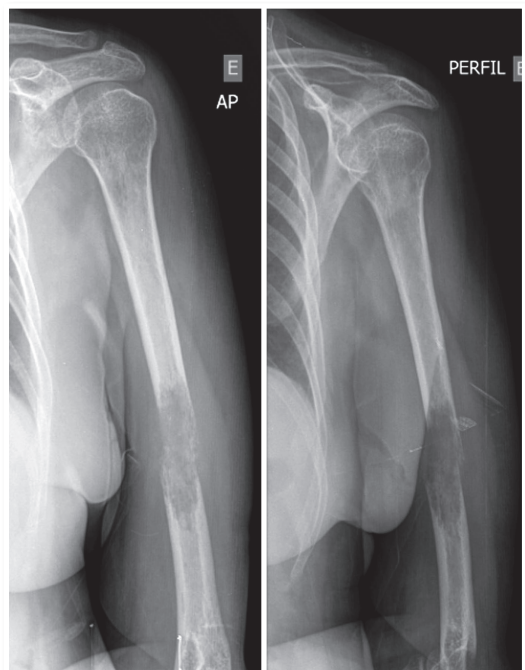


Figura 2. 20 dias após a primeira radiografia. Aumento da lesão com fratura patológica

Fonte: HSPE

Havia lesões císticas no rim contralateral também, mas a paciente não apresentava sequer dor local ou irradiada. Tireóide e pulmão não apresentavam alterações de imagem na tomografia. Devido a este novo dado, concomitante com as radiografias, história e exame físico, estávamos então possivelmente frente a uma lesão óssea metastática de carcinoma renal.

Optamos pelo tratamento cirúrgico com ressecção marginal da lesão e reconstrução com endoprótese não-convencional diafisária de úmero (Figura 5). A paciente evoluiu com resolução do quadro álgico e boa cicatrização de partes moles. O resultado do anatomo-patológico foi neoplasia maligna pouco diferenciada com padrão de células claras (Figura 6).

DISCUSSÃO

As lesões ósseas metastáticas de membros superiores, na sua grande maioria são tratadas de maneira conservadora com radiote-

rapia, hormonioterapia ou quimioterapia. Fica indicado o tratamento cirúrgico nas lesões muito extensas de difícil controle por terapias adjuvantes e nas lesões onde o sítio primário é pouco responsivo a estes tratamentos. Isso porque nestes casos haverá um comprometimento da consolidação destas fraturas e, portanto, persistência da dor e perda da função do membro, contribuindo com a má qualidade de vida destes pacientes¹.

Vale lembrar que a cirurgia profilática seria a de escolha nestes pacientes, porém, com a evolução desfavorável do caso, crescimento da lesão e a presença de fratura patológica, a reconstrução da falha óssea é a melhor indicação. O material de escolha do cirurgião deve levar em consideração todos os aspectos inerentes à lesão óssea, ao paciente e ao prognóstico do sítio primário, que neste caso, apontava para uma lesão agressiva, de controle clínico difícil e com grande chance de não consolidação²⁻⁴.

Segundo a maioria dos autores da literatura internacional, nesses casos são indicadas a ressecção e reconstrução com endopróteses não-convencionais³⁻⁶.

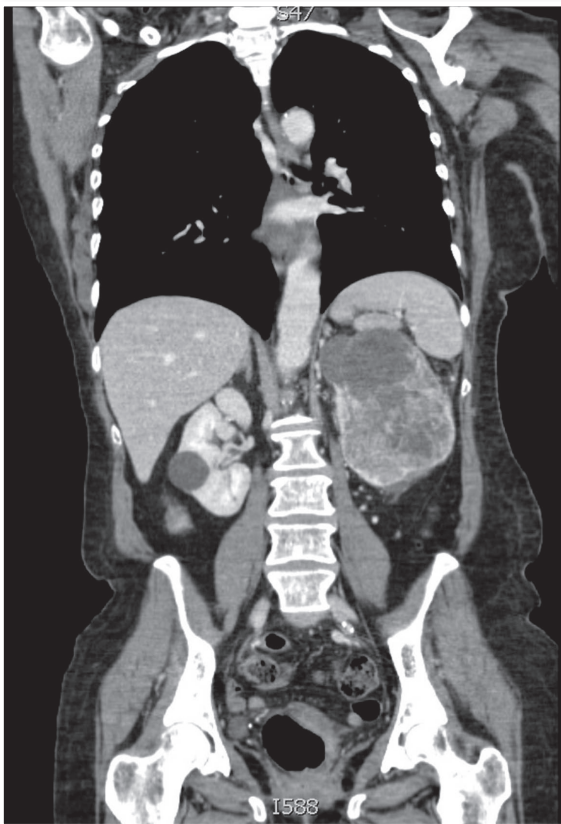


Figura 3. Tomografia computadorizada evidenciando massa renal à esquerda e cistos renais à direita (no laudo descritivo não foi visualizado lesão pulmonar ou em outro órgão)

Fonte: HSPE

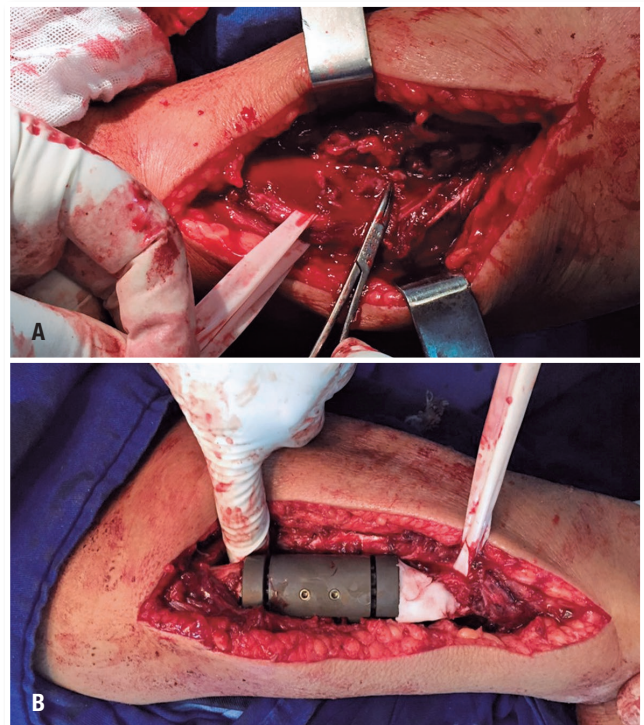


Figura 4. A) Via ântero-lateral de úmero esquerdo (plano ósseo) demonstrando lesão tumoral envolvendo nervo radial (Kelly) e porção distal do nervo radial (dreno de penrose). B) Reconstrução da falha óssea (visão lateral) com a endoprótese não-convencional diafisária a modular cimentada (nervo radial reparado pelo dreno de penrose)

Fonte: Arquivo pessoal do autor

Os autores ressaltam através da cronologia dos fatos a importância de uma anamnese e radiografias bem feitas (Figuras 1 e 2), além da investigação imediata do sítio primário, uma vez que é obrigatório a fim de seguir o tratamento do paciente. Neste caso, através de exames relativamente simples de imagem (tomografia

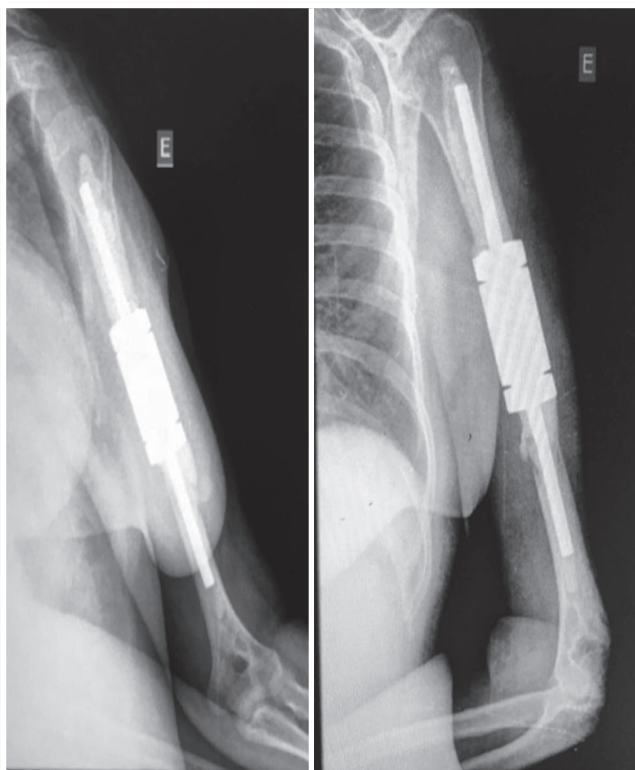


Figura 5. Radiografia AP (esquerda) e Perfil (direita) do pós-operatório imediato
Fonte: HSPE



Figura 6. Aspecto de pós-operatório, com tipóia. Não houve comprometimento do nervo radial
Fonte: Arquivo pessoal do autor

computadorizada) observou-se uma massa renal compatível com tumor agressivo (Figura 3), confirmado pelo anátomo patológico: "fragmento de tecido fibroso e ósseo com infiltração por neoplasia maligna pouco diferenciada, com padrão de células claras".

As vantagens do método são a ressecção da lesão óssea e a possibilidade de mobilização precoce no pós-operatório imediato, contribuindo assim para melhora da dor e retorno da função do membro mais rápida possível. Em alguns casos indicamos a radioterapia mesmo sabendo da resposta restrita ao método, mas deixamos a critério dos radioterapeutas e oncologistas. Quando isso ocorre, apenas orientamos que se indicada a radioterapia, as sessões sejam iniciadas após 3 semanas para otimizar a cicatrização de partes moles²⁻⁵.

A desvantagem é que se trata de uma cirurgia de maior porte e, portanto maior morbidade.

Como principais complicações, podemos citar a lesão do nervo radial (geralmente neuropraxia) que na grande maioria das vezes se recupera totalmente dentro de 6 a 8 semanas. Por isso, recomendamos a dissecação cuidadosa do nervo sem esqueletizá-lo (Figura 4). O sangramento intra-operatório também pode ser citado, por isso recomendamos hemostasia cuidadosa e monitorizar o hemograma do paciente. Outras complicações menos comuns, mas não menos importantes são: hematoma seroso (recomendamos uso de dreno de portovac 3,2), infecção (recomendamos uso de antibiótico intra e pós-operatório por no mínimo 5 dias). A fratura supracondiliana intra-operatória pode ocorrer no momento da inserção da haste distal, por isso recomendamos uma fresagem cuidadosa e o respeito à anatomia da região, ou seja, deixamos um espaço de pelo menos cinco cm da fossa olecraniana (Figura 4 e 5).

Como contraindicação do método, ressaltamos a falta de experiência do cirurgião, que pode prolongar o tempo cirúrgico, aumentando os índices das complicações, principalmente infecção, além da falta de condições clínicas do paciente, uma vez que há um aumento da morbidade. Alguns autores destacam o caso de doença sistêmica avançada, onde estaria indicada a haste intramedular¹.

No pós-operatório recomendamos a retirada do dreno em até 48 horas ou com baixo débito (menor que 50ml/24 horas), tipoia apenas até o primeiro retorno ambulatorial (Figura 6) com retirada dos pontos dentro de 15 dias. Orientamos a mobilização no pós-operatório imediato em flexo-extensão de cotovelo.

REFERÊNCIAS

1. Baptista AM. Lesões ósseas metastáticas. In: Pardini & Souza. Clínica Ortopédica: tumores do sistema musculoesquelético. Vol 3/4; 2002. p. 951-57.
2. Weber KL, Lewis VO, Randall RL, Lee AK, Springfield D. An approach to the management of the patient with metastatic bone disease. Instr Course Lect. 2004;53:663-76.

3. Mirels H. Metastatic disease in long bones: A proposed scoring system for diagnosing impending pathological fractures. Clin Orthop Relat Res. 1989; (249):256-64.
4. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin. 2009 Jul-Aug;59(4):225-49.
5. Rougraff BT. Evaluation of the patient with carcinoma of unknown primary origin metastatic to bone. Clin Orthop Relat Res. 2003 Oct;(415 Suppl):S105-9.
6. Redmond BJ, Biermann JS, Blasier RB. Interlocking intramedullary nailing of pathological fractures of the shaft of the humerus. J Bone Joint Surg Am. 1996 Jun;78(6):891-6.