

Escapulectomia Total no Tratamento de Tumores Ósseos Malignos

Marcos H. Tanaka¹, Marcello M. de Souza², Guilherme L. Costa³, Lauro C. Magalhães Filho³

RESUMO

Os autores descrevem a técnica cirúrgica da ressecção total da escápula para tratamento de tumores ósseos agressivos que acometem esse osso. Apresentam suas principais indicações e contra indicações, a técnica foi descrita passo a passo, assim como os cuidados pós-operatórios e complicações relacionadas ao procedimento.

Descritores: Escapulectomia ; Condrossarcoma

SUMMARY

The authors describe the technique of surgical resection of the total blade for the treatment of malignant bone tumor. In this article, have their main indications and contra indications. The technique was described step to step as well as post-operative care and complications related to the procedure.

Keywords: Scapulectomy ; Chondrosarcoma

INTRODUÇÃO

A escapulectomia total é uma técnica usada para o tratamento de tumores ósseos malignos, tumores de partes moles envolvendo a cintura escapular e neoplasias metastáticas da escápula^(1,2). A Escapulectomia foi originalmente descrita por Syme em 1864⁽³⁾ mostrando ser um bom método para se realizar ressecções com margens amplas e evitar amputações do membro superior.

O ombro é o 3º sítio mais freqüente de tumores ósseos e de partes moles⁽⁴⁾ sendo o úmero proximal o local mais freqüente, seguidos de escápula, clavícula e, com menor freqüência, músculos deltóide e supra espinhal⁽⁵⁾.

Os tumores da escápula são raros⁽⁶⁾ e as ressecções deste osso, que serve de origem ou inserção a 17 diferentes músculos, afetam de maneira variada a capacidade funcional do ombro. O condrossarcoma representa a lesão maligna primária mais comum envolvendo a escápula⁽⁷⁾, observando-se, com menor freqüência, alguns casos de sarcoma de ewing, histiocitoma fibroso maligno, lipossarcoma, metástases, dentre outros.

Foi descrito que as altas taxas de recorrência local e metástases dos condrossarcomas escapulares ocorrem devido à dificuldade anatômica de se conseguir margens seguras em ressecções intra-lesionais⁽⁸⁾ sendo a escapulectomia, geralmente curativa^(8,9).

A ressecção da escápula pode ser total ou subtotal sendo que esta última apresenta melhor função do membro superior, pois preserva a articulação gleno-umeral.

Para avaliar esta função utiliza-se o escore da MSTS (Musculoskeletal Tumour Society Rating Scale) e vale lembrar que a escapulectomia é uma alternativa à amputação do membro superior.

1-Médico – 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 do 3ºano do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

INDICAÇÕES

As indicações para escapulectomia isolada são:

- Sarcoma ou carcinoma de pele envolvendo a escápula ou músculos escapulares
- Tumor ósseo maligno e primário da escápula
- Metástase óssea
- Osteomielite crônica
- Trauma severo

CONTRA-INDICAÇÕES

As contra indicações para o procedimento são:

- Infecção ativa e lesão na pele que dificulte o fechamento da incisão
- Falta de condições clínicas do paciente
- Doença em estado terminal

CASO ILUSTRATIVO

Foi relatado o caso de uma paciente de 54 anos, apresentando dor e aumento de volume da cintura escapular esquerda há 6 meses, com piora progressiva, sem déficit neurológico ou outras co-morbidades. Realizado exame radiográfico e tomográfico, evidenciando lesão lítica no corpo da escápula de, aproximadamente, 10 x 5 cm, com calcificações salpicadas no seu interior e destruição da cortical óssea anterior, com invasão de partes moles (Figura 1 e Figura 2). Solicitado mapeamento ósseo por Cintilografia e Ressonância Magnética da escápula, não sendo detectadas focos de metástases.

Em Julho de 2007, foi realizado escapulectomia total esquerda como forma de tratamento definitivo.



Figura 1: Radiografia de ombro esquerdo

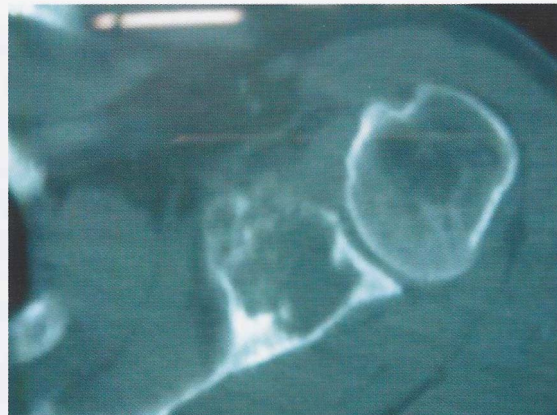


Figura 2: Tomografia computadorizada em corte axial

TÉCNICA CIRÚRGICA

O Paciente foi posicionado em DVH com o braço mantido em 90° de abdução sobre uma prancha de braço. (Figura 3) A via de acesso foi posterior com uma incisão elíptica que se estende da extremidade do acrômio súpero-lateralmente até a região paravertebral ínfero-medialmente, com exposição do subcutâneo e fásia muscular. (Figura 4 e Figura 5) Desinserimos o trapézio na espinha da escápula, afastando os músculos súpero-medialmente, expondo o músculo supraespinhal e então dividimos a inserção do deltóide no acrômio e do latíssimo do dorso no ângulo inferior da escápula, afastando os músculos inferiormente.

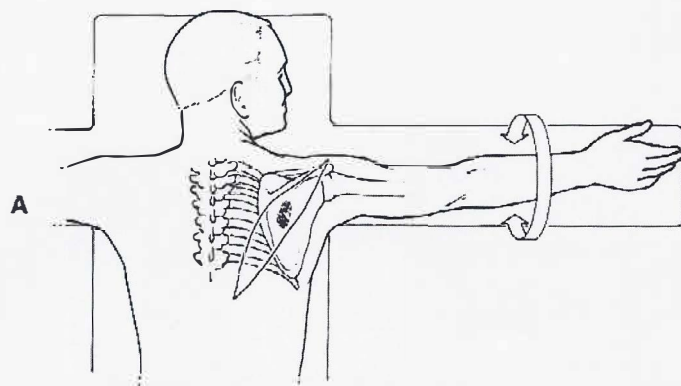


Figura 3: Posicionamento do paciente

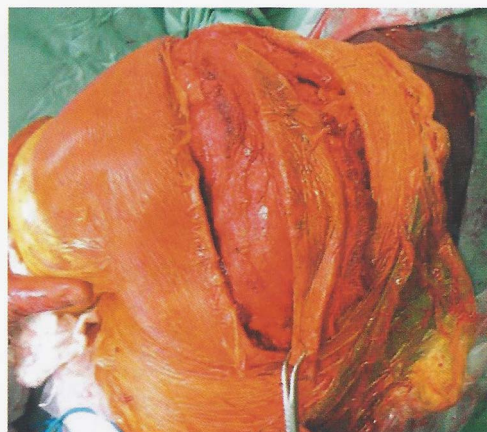
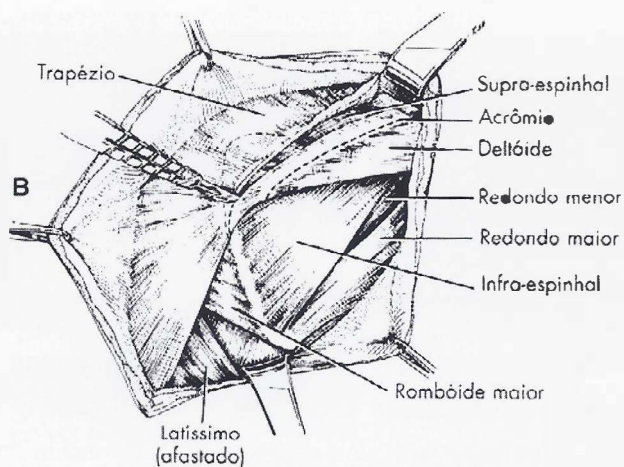


Figura 4: Via de acesso posterior

Figura 5: Via de acesso com ressecção da cicatriz da biópsia

Aplicamos tração no ângulo inferior da escápula com uma pinça de campo, liberamos os músculos inseridos na borda vertebral da escápula e também o levantador da escápula no ângulo superior da escápula (Figura6). Giramos a escápula e abduzimos o braço, possibilitando que o conteúdo axilar seja afastado para fora do campo operatório (Figura 7). Então liberamos o músculo redondo maior, redondo menor e a cabeça longa do tríceps, seguidos pelos tendões do supra e infraespinal e a inserção do serrátil anterior.

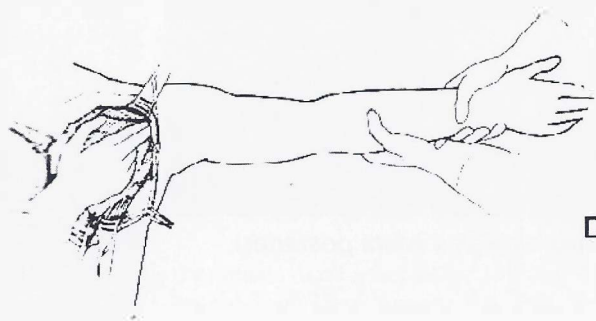
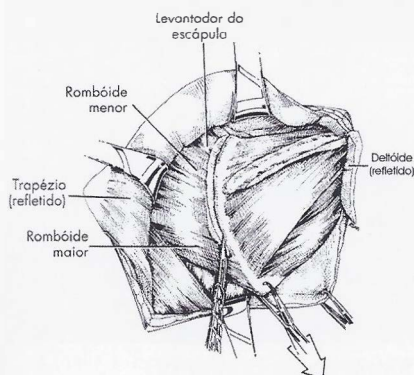


Figura 6: Tração no ângulo inferior da escápula

Figura 7: Manobra para proteção do conteúdo axilar

A articulação glenoumeral foi exposta, seccionando-se a cápsula e desarticulando a glenóide (Figura8), com retirada da peça (Figuras.9-12). Obtida a hemostasia, aproximamos os músculos trapézio e deltóide, reinserindo-os na clavícula. Suturamos os músculos redondo maior e menor à parede torácica, inserimos dreno de aspiração porto-vac e fechamos a ferida (Figura13). Aplicamos uma tipóia velpeau.



Figura 8: Exposição da articulação glenoumeral



Figura 9: Ressecção da escápula

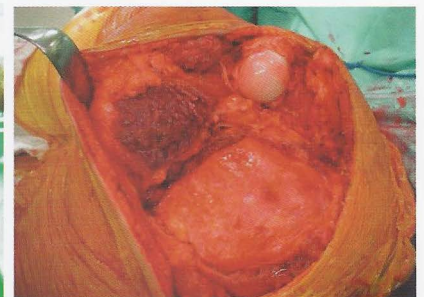


Figura 10: Ressecção da escápula

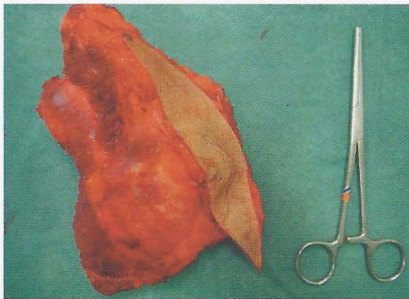


Figura 11: Peça ressecada (vista posterior)



Figura 12: Peça ressecada (vista anterior)



Figura 13: Sutura por planos

Apresentamos a seguir o pós-operatório tardio do paciente, com resultado funcional satisfatório (Figuras. 14-18).

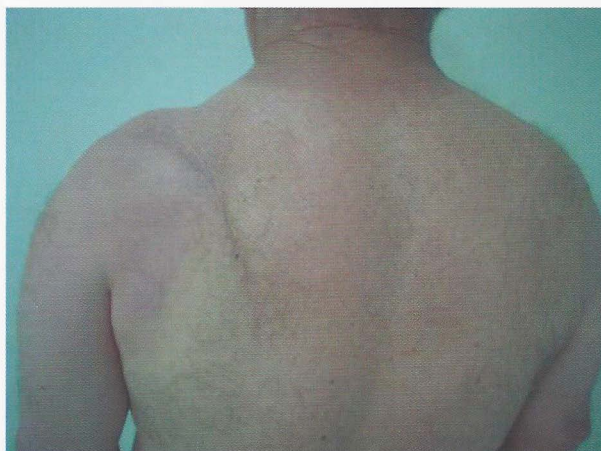


Figura 14: Cicatriz cirúrgica (vista posterior)

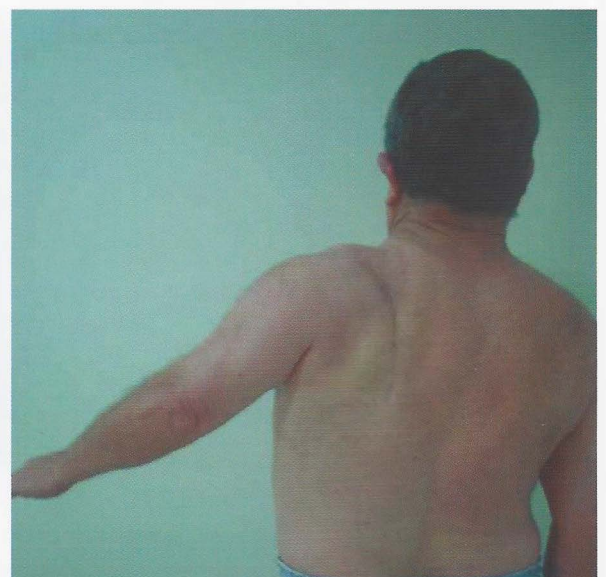


Figura 15: Abdução (vista posterior)



Figura 16 : Abdução (vista anterior)



Figura 17 : Flexão (vista anterior)

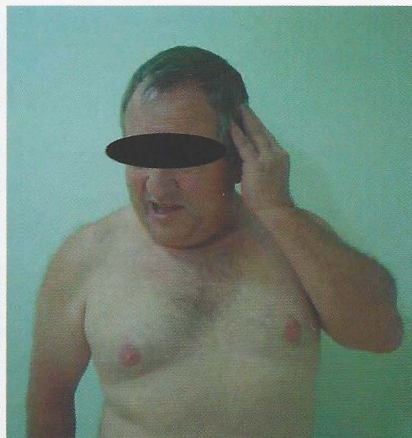


Figura 18: Flexão (vista anterior)

COMPLICAÇÕES

As complicações imediatas possíveis são: infecção aguda (superficial ou profunda), lesão neurológica (nervo axilar e/ou musculocutâneo) e trombose venosa profunda.

RECOMENDAÇÕES

- Antes da cirurgia o paciente e os familiares devem estar cientes dos riscos, déficits e complicações referentes ao procedimento cirúrgico, ressaltando especialmente o déficit funcional que ocorrerá.
- Paciente pode ser posicionado tanto em decúbito ventral como em decúbito lateral, sendo que a opção do posicionamento deve ser de acordo com a preferência do cirurgião.
- Lembrar de ressecar a cicatriz da biópsia e ressecá-lo em bloco com o tumor, como margem de segurança.
- Cuidado ao abordar a região axilar para soltar o feixe vaso-nervoso.
- Após a ressecção da escápula, a musculatura deve ser reinserida na clavícula.
- No pós-operatório utilizar tipóia por pelo menos 6 semanas, iniciando a fisioterapia (exercícios passivos e pendulares) com mais ou menos 3 semanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carty JB. Desmoid tumor of the scapular region. Am J Surg 1954; 87: 285-7.
2. Ramirez J, Arlen M, Jourdain LM. Total scapulectomy for soft part tumor of the shoulder girdle. Surgery 1971; 69: 271-5.
3. Syme J. Excision of the scapula. Edinburgh: Edmonston and Douglas, 1864.
4. Enneking WF. Musculoskeletal Tumor Surgery. Vol 1. New York: Churchill Livingstone, 1983.
5. Creighton JJ Jr, Peimer CA, Mindell ER et al. Primary malignant tumours of the upper extremity: retrospective analysis of 126 cases. J Hand Surg Am 1985; 10: 805-14.
6. Samilson RL, Morris JM, Thompson RW. Tumors of the scapula: A review of the literature and an analysis of 31 cases. Clin Orthop Rel Res 1968; 58: 105-15.
7. Markede G, Monastyrski J, Stener B. Scapulectomy for malignant tumor. Acta Orthop Scand 1985; 56: 332-336.
8. Campanacci M: Chondrosarcomas. In Campanacci M (ed). Bone and Soft Tissue Tumors. New York, Springer Verlag 265-338, 1990.
9. Gitelis S, Bertoni F, Picci P, Campanacci M: Chondrosarcoma of bone: The experience at the Instituto Ortopédico Rizzoli. J Bone Joint Surg 63A:1248-1257, 1981.