

Ressecção da Cabeça da Fibula no tratamento do Condrossarcom

Daniel Luiz C. Gibson¹, Marcello M. Martins², Rodrigo Pires de Araujo³, Marcos H. Tanaka⁴

RESUMO

Os autores descrevem a técnica cirúrgica de ressecção da cabeça da fíbula, para tratamento de um caso de Condrossarcoma. Apresentam suas principais indicações e contra-indicações, assim como os cuidados pós-operatórios e complicações relacionadas ao procedimento.

Descritores: condrossarcoma/ cabeça da fíbula

SUMMARY

The authors describe the technique of surgical resection of head of fibula 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: chondrossarcome/ proximal fibula

INTRODUÇÃO

A ressecção da cabeça da fíbula é uma técnica que pode ser utilizada no tratamento de tumores malignos primários do osso como o Condrossarcoma, Osteossarcoma, Sarcoma de Ewing, e em Osteomielites crônicas localizadas. Também pode ser realizada em tumores benignos agressivos selecionados, especialmente após falha do tratamento tradicional. Normalmente, após a sua ressecção, não procedemos a sua substituição por endoprótese ou enxertia (homólogo ou autólogo), já que a sua ressecção não traz grandes

1-Médico-estagiário 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-estagiário do Grupo do Joelho do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

4- Médico – Chefe do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

perdas funcionais. A fíbula é um dos ossos considerados “dispensáveis, assim como a clavícula e arcos costais.

O Condrossarcoma é um tumor maligno caracterizado pela formação de cartilagem, sem evidência de formação de tecido osteóide por células tumorais. Esse tumor pode ser dividido em primário, quando se apresentam sem lesões prévias, e secundário quando provêm da malignização de lesões cartilaginosas benignas. Outro modo de divisão a ser lembrada é quanto às variantes histológicas: desdiferenciado, células claras, mesenquimal e periosteal.¹

Quanto à localização, os tumores malignos produtores de cartilagem tem predileção pelas raízes de membros, aparecendo entre os 40 e os 60 anos de idade.^{1,2}

O diagnóstico dos Condrossarcomas, ainda hoje, é desafiador. Estabelecer a diferença entre lesões cartilaginosas malignas de baixo grau e benignas é difícil por diagnóstico de imagem ou por estudo anatomopatológico. Dessa forma, a análise global dos aspectos clínicos do paciente e a experiência do oncologista, são essenciais para o sucesso na indicação e realização do tratamento adequado.¹

Atualmente, mesmo com o avanço do conhecimento sobre o Condrossarcoma em suas relações biomoleculares, o tratamento de escolha continua sendo a ressecção do tumor, com margem de segurança oncológica.^{1,2}

INDICAÇÕES:

As indicações para ressecção isolada da cabeça da fíbula são:

- Tumor ósseo maligno e primário da cabeça da fíbula
- Tumores malignos secundários a lesões benignas
- Osteomielite crônica ativa
- Falha do tratamento convencional de tumores benignos agressivos

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

PLANEJAMENTO PRÉ OPERATÓRIO:

Para diagnóstico e planejamento pré-operatório é necessário o estadiamento local do tumor e definição de margem oncológica.

As radiografias (fig1 e 2) são os exames iniciais e são úteis na triagem, diagnóstico e determinação das características da lesão além de direcionar os exames seguintes.

Complementando o estudo da lesão, na tentativa de diferenciar um encondroma de um condrossarcoma, podemos utilizar de estudos de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética (Fig. 3,4), nestes exames buscamos características de malignidade como recorte endosteal, bordas mal definidas e irregulares. Esses exames também nos ajudam a definir a margem oncológica que deve ser respeitada na ressecção.



Figura 1: radiografia AP joelho E mostrando lesão lítica insulfativa na cabeça da fíbula.



Figura 2: radiografia em perfil do joelho E mostrando lesão lítica insulfativa com calcificações em seu interior



Figura 3: Imagem de corte axial de ressonância magnética em T2 demonstrando recorte endosteal e hipersinal da lesão neoplásica.

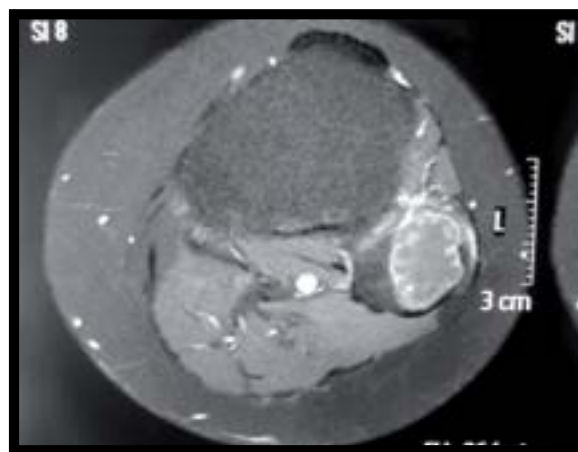


Figura 4: Imagem de corte axial de ressonância magnética em T1 mostrando caráter insulfativo e extravasamento da cortical pela lesão neoplásica

Para finalizar o estadiamento outro exame que é indispensável é a Cintilografia Óssea (Fig5), importante marcador de metabolismo, demonstra a natureza mais ativa da lesão como também é útil no estadiamento à distância na pesquisa de outras lesões. Completando o estadiamento é necessária a realização de tomografia computadorizada do tórax, deste modo pesquisando os pulmões, local mais comum de lesões metastáticas de tumores ósseos.



Figura 5: cintilografia óssea mostrando captação na fíbula

TÉCNICA CIRÚRGICA:

A paciente foi posicionada em decúbito lateral (fig. 6). Após os preparos da pele e colocação de campos, realiza-se uma incisão pósterolateral no joelho esquerdo margeando a borda do bíceps femoral (Fig. 7).



Figura 6: Posicionamento da paciente



Figura 7: Planejamento da incisão (BF: bíceps femoral; N: Nervo fibular)

Em seguida, dissecamos o nervo fibular profundo, que é encontrado acompanhando a borda do bíceps femoral (fig.8), no 1/3 distal da coxa até abaixo do colo da fíbula, isolando-o e reparando-o com um dreno de penrose.

O passo seguinte foi delimitar o quanto de fíbula deveria ser ressecado para retirar o tumor com margens livres. Em seguida ressecamos toda a musculatura inserida no

colo da cabeça da fíbula em sua porção anterior e posterior, e realizamos a liberação dos ligamentos tíbio-fibulares e dos ligamentos colateral lateral, bem como o conjunto do complexo de estabilidade pósterolateral do joelho, deixando esses ligamentos presos a um reparo com fios de Ethibond.

Posteriormente, com toda a cabeça da fíbula é isolada e exposta protegendo o nervo fibular, realizamos a osteotomia no nível planejado segundo margem de segurança oncológica, usando para isso uma serra de Gigli. (fig. 9).



Figura 9: Realização da osteotomia para ressecção



Figura 10: peça anatômica enviada para estudo

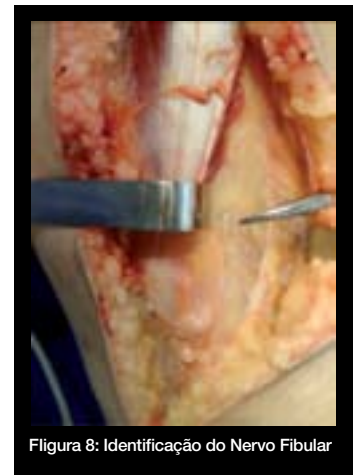


Figura 8: Identificação do Nervo Fibular

Com a retirada do tumor iniciamos o processo de reconstrução na tentativa de preservar ao máximo a função do membro, realizando a reinserção do complexo ligamentar pósterolateral e do colateral lateral com pontos transósseos na tíbia (fig. 11,12), seguido do fechamento por planos da ferida. Na grande maioria dos casos utilizamos um dreno aspirativo para evitar a formação de hematomas, seguido de radiografia de controle pós-operatório. Normalmente não utilizamos nenhum método de imobilização no pós-operatório imediato. Somente realizamos um curativo compressivo. Mantemos o paciente internado por 2 dias, quando retiramos o dreno aspirativo com a dor controlada, orientamos a alta do paciente. O curativo é realizado semanalmente e os pontos são retirados com 2 semanas de pós-operatório. Logo após a alta, orientamos a realização de fisioterapia do membro operado, respeitando o limite de dor do paciente. Iniciamos liberação de carga parcial com muletas após a retirada dos pontos. O acompanhamento do paciente é realizado mensalmente nos primeiros 4 meses e a cada 3-4 meses após os 4 meses. Como se tratava de um Condrossarcoma é importante o acompanhamento oncológico do mesmo com Tomografias de Tórax e Cintilografia Óssea no pós-operatório.



Figura 11: reconstrução ligamentar



Figura 12: final da reconstrução da região

COMPLICAÇÕES

As complicações imediatas possíveis são:

- Infecção aguda (superficial ou profunda),
- Neuropraxia (nervo fibular) e
- Trombose venosa profunda.

Dentre as complicações tardias, podem ocorrer

- Retração da cicatriz
- Hipotrofia muscular da coxa e perna acometida,

RECOMENDAÇÕES

- Realizar com extremo cuidado a dissecação do Nervo Fibular, evitando sua manipulação e tração.
- Respeitar as margens de segurança oncológicas
- Reconstruir as estruturas de forma mais anatômica possível

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sung W. S, Fabrizio R, Francis Y L, Chondrossarcoma of Bone. In: Schwartz H. Orthopedic Knowledge update Musculoskeletal Tumors. Rosemont, IL 2007. p 185-196.
- 2) Canale S T. Campbells Operative Orthopaedics. Mosby 2003