Lesões ósseas metastáticas fêmur proximal - Tratamento cirúrgico

Marcos Hajime Nakata [1], Noboru Sakame [2], Marcello Martins de Souza [3]

RESUMO

A metástase óssea é a lesão maligna mais comum do osso. As metástases da região proximal do fêmur, com ou sem fraturas são freqüentes e o tratamento dessas lesões objetivam a melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer. Os autores descrevem a técnica de tratamento cirúrgico dessas lesões com endopróteses não convencionais, suas principais indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens.

DESCRITORES: Metástase óssea; Endoprótese não convencional

SUMARY

Bone methastasis is the most common lesion of bone. The lesions located in proximal third of fêmur, with or without fracture are frequent in our day by day , specially with the improvement of life quality of patients with cancer. The author describe the tecnique of the surgical treatment of these lesions with non conventional endoprosthesis, that improved quality and survival of them.

KEY WORDS: Bone methastasis; surgery treatment.

1) Chefe do grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual – IAMSPE - São Paulo-SP
2) Médico assistente do grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual – IAMSPE - São Paulo-SP
3) Médico residente do 4º ano do grupo de Tumores Músculos-Esquléticos do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual – IAMSPE - São Paulo-SP
Endereço para correspondência: Centro de estudos Ortopédicos - HSPE-SP - Rua Borges Lagoa, 1755 - 1º andar Vila Clementino - CEP 04038-034 - São Paulo-SP

INTRODUÇÃO

A metástase óssea é a lesão maligna mais comum (95%) , quando comparada a tumores primários do osso , e na sua maioria, é secundária a carcinomas, e raramente a sarcomas.[1,2,3]Os tumores primários mais comuns são os de mama e próstata, seguidos de pulmão, tireóide, rim e aparelho digestivo. As lesões metastáticas acometem preferencialmente o esqueleto axial, em particular as vértebras (60-70%), seguido pelas costelas, pelve e fêmur proximal.[1,2,3,4]A maioria das lesões são tratadas com radioterapia, e indicados e acompanhados pelo oncologista e pelo radioterapeuta.

Com o aumento progressivo da qualidade de vida e consequentemente da sobrevida dos pacientes portadores de carcinoma, passamos a nos deparar cada vez mais com lesões secundárias que acometem os ossos . Tornou-se então de fundamental importância o conhecimento dos princípios de tratamento dessas lesões ; não apenas após uma fratura patológica mas também antes que ela ocorra.[5]

Nos casos de fratura patológica o quadro é mais dramático, pois muitas vezes necessita de um procedimento cirúrgico que vai depender, entre outros fatores, das condições clínicas do paciente , agravada pela sua patologia de base .As fraturas patológicas do fêmur proximal são frequentes e o seu tratamento é sempre que possível cirúrgico. Essas fraturas, e também as lesões ósseas secundárias com risco de fratura patológica dessa região merecem um capítulo especial.[2,5,6]

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Nos casos de fratura patológica do terço proximal do fêmur, a cirurgia é o procedimento de escolha. Lesões sugestivas de metástase do terço proximal do fêmur, porém sem fratura,merecem uma atenção especial pois dependendo da sua extensão, há indicação de cirurgia, para prevenir uma fratura (risco iminente de fratura).[2,6] A dificuldade na estabilização das fraturas patológicas deve-se entre outros fatores, ao enfraquecimento do osso pelo tumor, o qual não raramente, provoca falhas e perdas de segmentos ósseos tornando a cirurgia um procedimento difícil e ineficaz, além naturalmente, do elevado risco de vida devido a procedimentos demorados e com grandes perdas sanguineas.Com o avanço dos métodos de fixação das fraturas e com o desenvolvimento das endoprótese não convencionais, essas dificuldades foram sanadas e assim o sucesso no tratamento destas lesões tornou-se um consenso mundial.[3] Em lesões do terço proximal do fêmur com ou sem fratura com indicação cirúrgica, o melhor método é a ressecção do

tumor e a sua substituição por endoprótese não convencional. Aliás, sua maior indicação (lesões metastáticas).

Nos ossos longos , após o diagnóstico de lesão metastática, a conduta deve ser guiada de acordo com alguns fatores. Para os casos sem fratura foi desenvolvido um sistema de pontuação por MIRELS em 1989 que leva em consideração 4 parâmetros: Localização anatômica, Grau de dor, Característica radiográfica da lesão e Porcentagem de acometimento do diâmetro do osso.[4]

Caso não seja indicada a cirurgia, o paciente deve retornar ao oncologista clínico para dar continuidade ao tratamento; com reavaliações periódicas do ortopedista.

Nos casos cirúrgicos têm-se duas opções:

-Fixação profilática

-Ressecção com substituição por endoprótese não convencional

Os principais objetivos da cirurgia são:[1,2,3,4]

-Alívio da dor

-Restabelecer a função do membro do paciente mais rápido possível

-Melhora da qualidade de vida do paciente

SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE MIRELS (1989)			
PARÂMETROS	PONTUAÇÃO		
----------	1	2	3
Local	MMSS	MMII	Pertrocantér
Dor	Leve	Moderada	Funcional
Rx	Blástico	Misto	Lítico
% acometim.	< 1/3	1/3 - 2/3	> 2/3

4-7 pontos – conservador **9-12 pontos –** cirúrgico **8 pontos –** avaliação clínica + sobrevida

A cirurgia nas lesões metastáticas do terço proximal do fêmur, especialmente nas fraturas patológicas, estão contra-indicadas somente em casos muito extremos de falta de condição clínica para a cirurgia , e casos de ulceração e lesões de pele causadas pela radioterapia.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Uma vez que temos a suspeita de uma lesão metastática devemos estadiá-la para descobrirmos seu sítio primário. Para isso, lançamos mão da Radiografia (figura 1), da

Figura 1- *Radiografia de Lesão metastática*

cintilografia óssea, Ressonância Nuclear magnética e biópsia quando necessário. A realização da biópsia é um passo importante na abordagem terapêutica, podendo ser realizada antes ou em alguns casos, durante a cirurgia (fratura patológica). O cirurgião deve estar familiarizado com os diversos tipos de endopróteses, suas variações e opções existentes.Seu tamanho é calculado pela radiografia, mas o cirurgião deverá estar preparado para situações que exijam uma mudança de tática na hora da cirurgia, como nos casos onde há necessidade de maior ressecção óssea e de uma endoprótese maior que a planejada.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é submetido geralmente a anestesia combinada (bloqueio peridural + geral), e posicionado em decúbito lateral total. via de acesso é a póstero-lateral de quadril (Kocher – Lamgembeck) (figura 2). A dissecção é feita cuidadosamente por planos até atingir o trocanter maior.

Ao atingir o trocanter maior, seccionamos os rotadores externos e dependendo da extensão da ressecção(tamanho da lesão óssea), prolongamos a dissecção do glúteo máximo.A seguir liberamos o tendão conjunto, bem rente ao osso na região peritrocantérica e o rebatemos totalmente (figura 3) Realizamos a capsulotomia e luxamos a cabeça do fêmur, facilitando a ressecção com maior segurança e melhor

Figura 2- *Via de acesso*

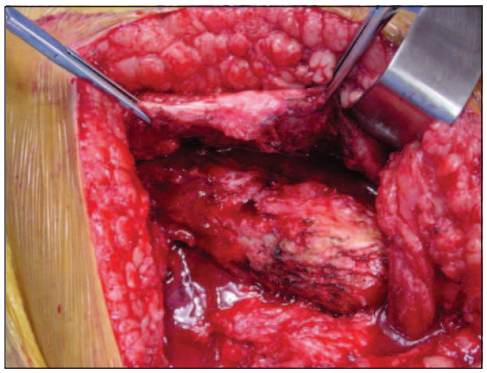

Figura 3- *Rebatendo o tendão conjunto, rente ao osso*

visualização da lesão. Toda a musculatura restante é desinserida do fêmur e então é realizada a osteotomia distal retirando-se toda a lesão (figura 4).

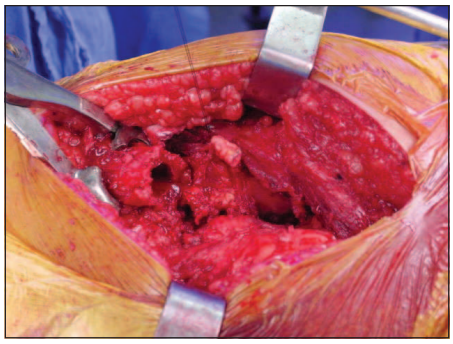

***Figura 4-** Falha óssea após a ressecção da lesão*

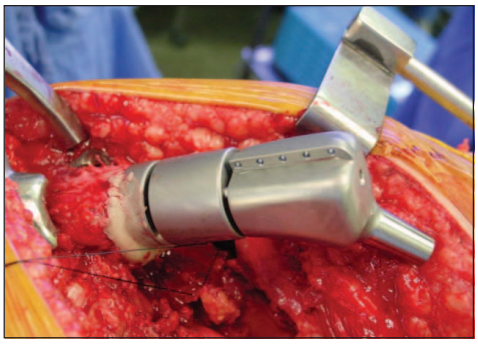

***Figura 5 -** Cimentação, após teste , da endoprótese*

É importante realizar uma hemostasia rigorosa pois devido à grande circulação colateral formada no local, o sangramento é em muitos casos, motivo de atenção e preocupação na cirurgia. Realizamos a fresagem do canal femoral distal e testamos a endoprótese (figura 5).

Confirmado o tamanho e a estabilidade da endoprótese com todos os componentes que serão utizados, realizamos a cimentação da haste femoral. Geralmente utilizamos o acetábulo tipo bipolar pois, devido à grande dissecção e soltura da musculatura, sua estabilidade é maior. Após a redução da cabeça (figura 6) , utilizamos a drenagem aspirativa para evitar a formação de hematoma. Reinserimos a musculatura na endoprótese com fio Ethibond®5 assim como a musculatura rotadora, para dar maior estabilidade e diminuir o espaço morto (figura 7).

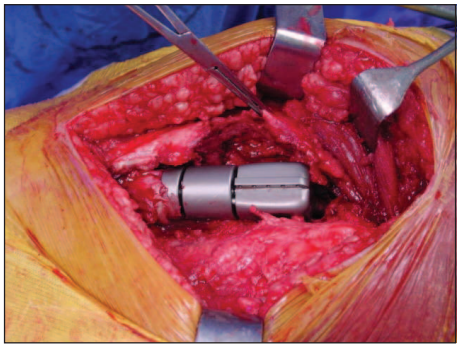

***Figura 6-** Endoprótese após redução*

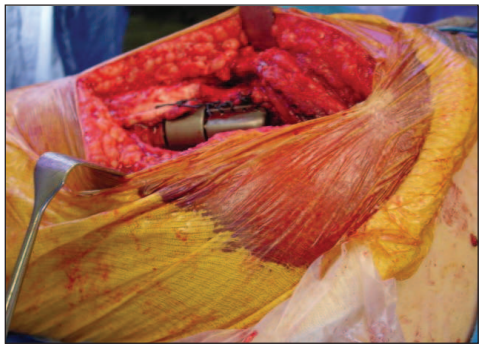

***Figura 7**- reinserção do tendão conjunto na endoprótese*

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

Após o fechamento da ferida cirúrgica é realizado um curativo compressivo. Não há necessidade de imobilização, mas o membro é mantido com triângulo de abdução por 30 dias. Antibioticoprofilaxia é estendida até o segundo dia de pós-

operatório, quando também é realizado o primeiro curativo e retirado o dreno aspirativo. É importante uma analgesia pós-operatória assim como uma profilaxia para trombose venosa profunda com Enoxiparina.

Radiografias de controle (figura 8) devem ser realizados no pós-operatório imediato, e semanalmente após a alta até o primeiro mês de pós-operatório, quando são feitos os retornos ambulatoriais .

Figura 8- *Radiografia de Endoprótese de fêmur Proximal*

REABILITAÇÃO

Iniciamos a fisioterapia precocemente. Devido à estabilidade imediata dada pelo cimento no fêmur, e com a colaboração dos pacientes é possível iniciar treino de marcha já no 3º ou 4º dia de pós-operatório com o auxílio de andador. Dessa forma atingimos o nosso objetivo maior, que é inicialmente aliviar a dor, mobilizar o paciente precocemente iniciando treino de marcha precoce,e criando condições propicias para uma alta precoce e retorno para seu lar e convívio com os familiares, além de retornar ao tratamento oncológico do tumor primário. Dessa forma estaremos colaborando de modo concreto para melhoria da qualidade de vida e também da sobrevida desses pacientes.

COMPLICAÇÕES

1- Intra-operatórios
- a- lesão do nervo ciático (via posterior de quadril)
- b- lesão do feixe vascular
- c- falso trajeto no canal femoral
- d- sangramento importante

2- Mediatas e precoces
- a-infecção superficial e profunda
- b-trombose venosa profunda
- c-embolia pulmonar
- d-luxação da prótese
- e-necrose de pele

3- Tardias
- a-soltura ou quebra da endoprótese
- b-encurtamento ou alongamento do membro
- c-luxação da prótese

RECOMENDAÇÕES

·Diante de lesões metastáticas com fratura ou na iminência de fratura patológica considere a possibilidade de utilizar uma endoprótese não convencional , sempre que possível

·Conhecer os tipos de endopróteses , seu instrumental, assim como, as variações e combinações possíveis.

·Estar familiarizado com a via de acesso.

·O tempo cirúrgico para a ressecção do tumor deve ser o mais rápido possível, devido ao risco de sangramento causado pelo tumor.

·Cuidado com o nervo ciático na via de acesso.

·Testar a prótese antes de cimentar e reduzir os seus componentes.

·Reinserir a musculatura do tendão conjunto com firmeza no corpo da endoprótese

·Revisar a hemostasia com cuidado.

·Drenagem aspirativa.

·Manter triângulo de abdução por mais ou menos 30 dias .

·Iniciar treino de marcha com andador precocemente(ao redor do 4º dia de pós-operatório).

·Encaminhar ao oncologista após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrington,K.D.: current concepts review.Metastatic disease of the spine. J. Bone Joint Surg (AM) 68: 1110-1115, 1986.

2. Filder,M.: Incidence of fracture through metastases in long bones. Acta Orthop Scand 52: 623-627, 1981.

3. Galasco, C.S.B.: The management of skeletal metastases. JR Coll Surg Edinb 25: 143-161, 1980.

4. Pardini , Souza, G.: Tumores do Sistema músculo-esquelético – 3-4:951,2002.

5. Galasco, C.S.B. & Banks, A. J.: The stabilization of skeletal metastases, in Helman, K.& Eccles, S. A.: Treatment of metastasis: problem and prospects, London, Taylor & Francis, 1985, p.85-88.

6. Penna, V., Tanaka, M.H., Chung, W.T., Curcelli,E. Landin, E.:Tratamento cirúrgico das metástases ósseas.RBO – 28: 799-802, 1993.

7. Malawer,M.M., Sugarbaker,P.H., Lopes, A.: Atlas de Cirurgia para Sarcomas ósseos e de Partes Moles.p.: 309, 2002.