

Tratamento cirúrgico do osteoma osteóide de tíbia

Marcos Hajime Tanaka¹, Noboru Sakabe², Marcello Martins de Souza³, Odyr Ruiz Azevedo⁴, Rodrigo Bergamaschi Ferreira⁴

RESUMO

Na literatura são descritas várias modalidades de tratamento cirúrgico do osteoma osteóide, dependendo da experiência do cirurgião, do tamanho da lesão e de recursos da Instituição. Os autores descrevem a ressecção em bloco do osteoma osteóide de tíbia com auxílio de fluoroscopia, e os passos necessários para o procedimento cirúrgico, evitando ao máximo as complicações inerentes à cirurgia.

Descritores: Osteoma Osteóide; Tumor

SUMMARY

Several modalities of surgery treatments for osteoid osteoma are described in medical literature, depending on the surgeon expertise, the size of the damage and the resources of the Institution. The authors describe the block resection of osteoid osteoma of tibia with support of fluoroscopia and the necessary steps to surgical procedure, avoiding as much as possible the complication inherent to the surgery.

Key Words: Osteoid osteoma; Tumor

1 - Médico Chefe do Grupo de Oncologia Ortopédica do Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - São Paulo - SP
2 - Médico Assistente do Grupo de Oncologia Ortopédica do Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - São Paulo - SP
3 - Médico Residente(R4) do Grupo de Oncologia Ortopédica do Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - São Paulo - SP
4 - Médicos Residentes do Serviço de Ortopedia do Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - São Paulo - SP
Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos Plínio Souza Dias - HSPE - S.P., R. Borges Lagoa 1755-1º andar sala 180, V. Clementino- CEP 04038-034- São Paulo-S.P.

INTRODUÇÃO

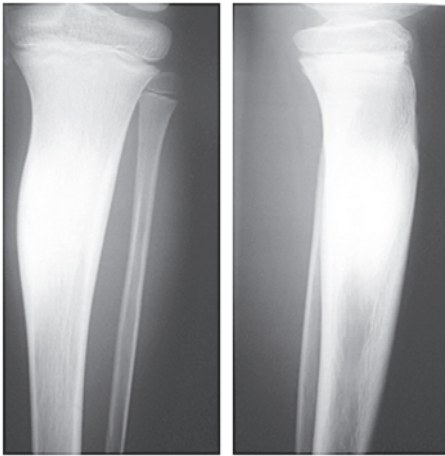


Figura 1 – Radiografia inicial da tíbia esquerda AP e Perfil

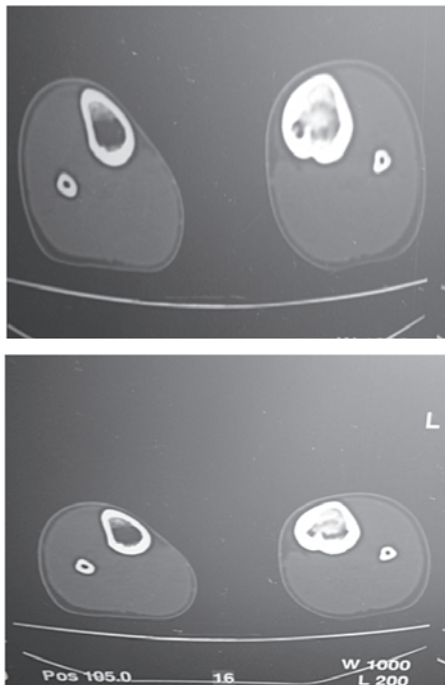


Figura 2 – Tomografia computadorizada mostrando a localização exata do nicho

Segundo a Organização Mundial de Saúde o Osteoma Osteóide é um tumor benigno formador de osso, caracterizado pelo tamanho reduzido (menor que 1 cm), com contornos bem definidos e geralmente com uma reação óssea ao redor da lesão⁽¹⁾. Primeiramente descrito em 1935 por JAFFE, é uma lesão que acomete crianças, adolescentes e adultos jovens entre 10 e 25 anos de idade, mais frequentes em homens(3:1) e raça branca (90%)^(1,2).

O quadro clínico é de dor contínua e progressiva, mais intensa à noite, podendo ter sudorese e aumento de volume local. Esta dor costuma melhorar com o uso de antiinflamatórios não hormonais e ácido acetilsalicílico devido à inibição da síntese de prostaglandinas (realizada pelo tumor)^(1,2,3).

A localização mais comum de acometimento é a região metafisária de ossos longos⁽²⁾; na tíbia pode ser diafisária^(2,3). Pode também acometer a coluna vertebral (escoliose dolorosa), principalmente elementos posteriores da vértebra^(1,2).

O diagnóstico é feito com uma radiografia simples em aproximadamente 75% dos casos (figura 1), podendo-se lançar mão da tomografia computadorizada para visualizar melhor a localização do nicho e estadiamento da lesão (figura 2) (preferimos a tomografia computadorizada à ressonância magnética para diagnóstico, estadiamento e planejamento cirúrgico da lesão). O tratamento cirúrgico está indicado quando não há melhora da dor com medicamentos^(2,3).

A evolução natural do osteoma osteóide é a cura espontânea com o passar do tempo, porém, devido aos transtornos causados pela dor incapacitante, na maioria dos casos a opção acaba sendo cirúrgica⁽²⁾.

Há várias técnicas descritas na literatura para o tratamento do osteoma osteóide: Ressecção percutânea (Kholer e Voto) realizando a exérese do nicho com o uso de trefinas, Termocoagulação por radiofrequência a laser, onde se faz a destruição in situ da lesão, seguida por ressecção percutânea guiado por tomografia computadorizada, e a técnica clássica, de nossa preferência, que consiste na ressecção em bloco da lesão através da visualização direta do nicho⁽²⁾.

Deve-se afastar outros diagnósticos como o de osteomielite (abscesso de Brodie), osteossarcoma, cisto intra-ósseo, e para isso torna-se necessária uma cintilografia óssea, além de hemograma e VHS. Devemos lembrar que uma radiografia bem feita é o exame mais importante para este tipo de lesão.

INDICAÇÕES

Dor refratária com uso de medicamentos; crescimento progressivo da lesão; deformidades associadas⁽¹⁾. Não há indicação de biópsia prévia à cirurgia. O tratamento baseia-se no quadro clínico e exames de imagem.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Uma vez que se suspeite de um osteoma osteóide é importante realizar-se o estadiamento da lesão com tomografia computadorizada (figura 2), onde teremos detalhes da localização e do tamanho do nicho, facilitando o planejamento da via de acesso. Deve-se utilizar a fluoroscopia intra-operatória para a localização do nicho (figura 3). Quando não houver fluoroscópio utilizamos a radiografia convencional. Em tal situação, posicionamos um fio de Kirschner transfixando a cortical no local “suspeito” e realizamos a radiografia, em pelo menos 2 incidências. Tais cuidados minimizam o risco da “não” ressecção do nicho.

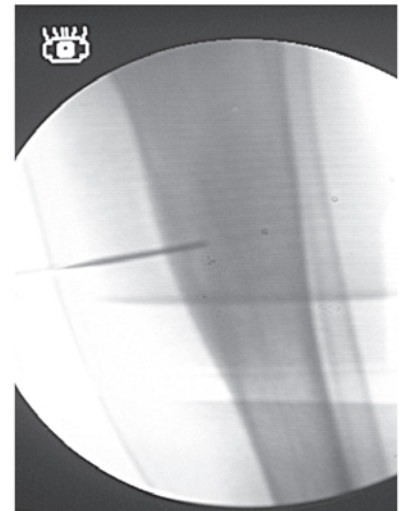


Figura 3 – Localização intraoperatória do nicho com o auxílio do intensificador de imagem

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é posicionado de acordo com a localização da lesão e a via de acesso necessária. Neste caso (tíbia proximal) foi posicionado em decúbito dorsal horizontal e marcada na pele a localização provável do nicho (figura 4), levando-se em conta a dor à palpação e a tomografia computadorizada. Uma vez que a lesão se encontrava mais anterior, optamos pela via ântero-medial até a exposição óssea.

Com o auxílio da fluoroscopia o nicho é localizado, e faz-se várias perfuração com broca ao redor da lesão (figura 5), facilitando a ressecção ampla e em bloco e diminuindo o risco de recidiva (Figura 6). Após a ressecção da lesão, confirmamos as margens com o fluoroscópio, e opta-

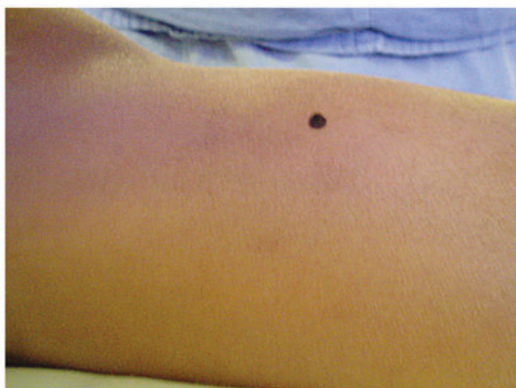


Figura 4 – Localização do ponto mais dolorido no ápice do abaulamento da perna esquerda

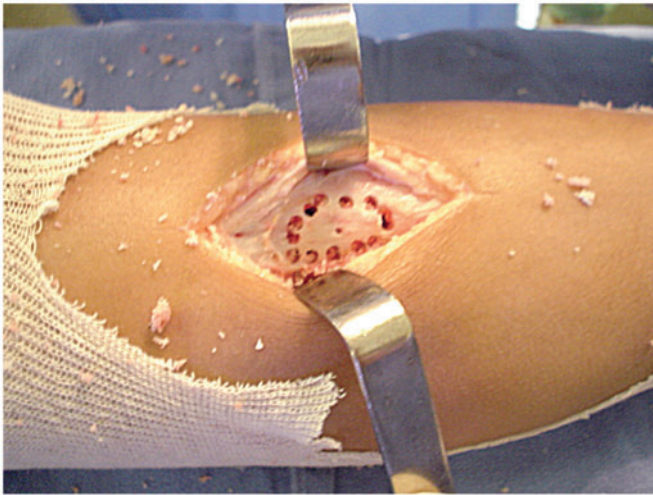


Figura 5 – Perfuração da cortical com broca para ressecção em bloco da lesão

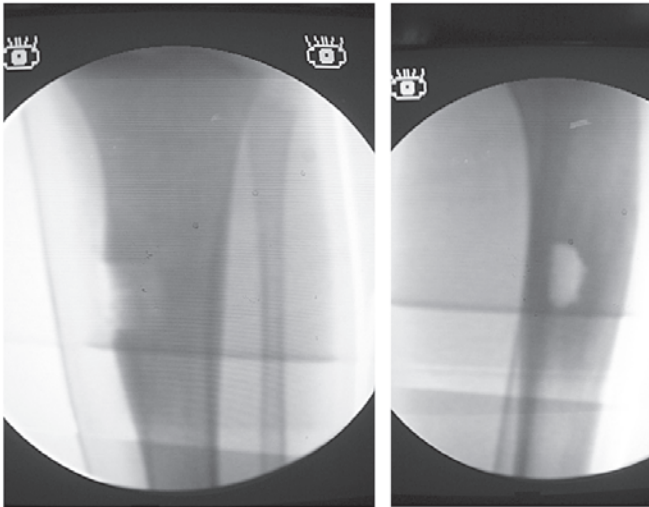


Figura 6 – Confirmação da ressecção com auxílio da fluoroscopia AP e Perfil

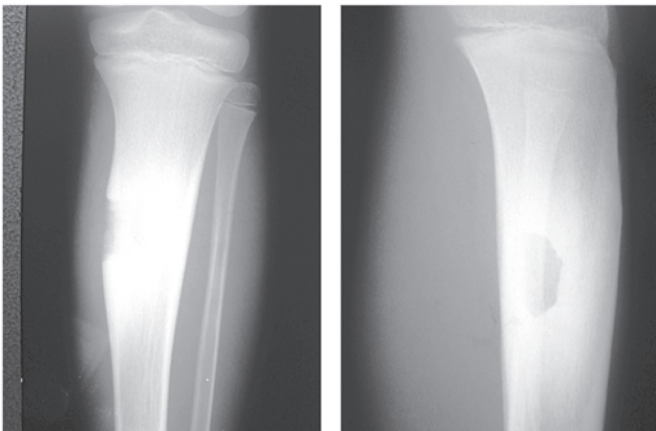


Figura 7 – Radiografia no pós-operatório AP e perfil

mos ou não pela colocação de enxerto ósseo autólogo. Após o fechamento da pele e curativo, realizamos radiografia controle (figura 7).

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

A alta hospitalar se dá no segundo pós-operatório, e recomendamos não apoiar o membro no chão. O paciente costuma referir melhora imediata da dor (pela retirada do nicho) (figura 8).

Se o defeito ósseo criado for muito grande retiramos carga por um período não inferior a 3 semanas e a liberamos progressivamente com muletas.

Os pontos são retirados com 10 dias e os pacientes são orientados a realizar exercícios para ganho de movimentos e força. O acompanhamento ambulatorial é semanal até o 1º mês, com controle radiográfico.

COMPLICAÇÕES

As complicações além das comuns às cirurgias, são as fraturas no intraoperatório e a não remissão da dor pela ressecção incompleta do nicho.

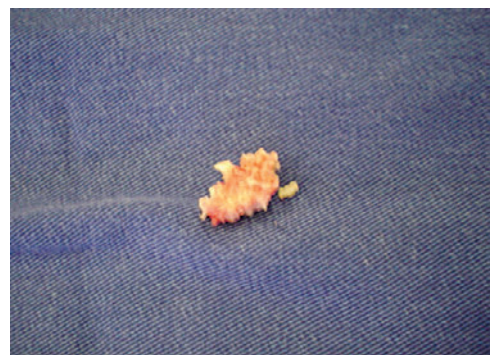


Figura 8 – Peça ressecada em bloco

RECOMENDAÇÕES

- O estadiamento local da lesão deve ser realizado com Tomografia Computadorizada, para melhor visualização do nicho, facilitando a via de acesso e sua ressecção;
- O uso de intensificador de imagem auxilia na localização exata do nicho, permitindo ressecções mais econômicas;
- Nas lesões metafisárias a colocação de enxerto ósseo autólogo no defeito criado não se faz necessária mas exige cuidados no pós-operatório
- Quando a lesão localiza-se no terço proximal do fêmur, a colocação de enxerto é praticamente obrigatória, e os cuidados deverão ser redobrados para prevenir uma fratura que possa trazer mais complicações (especialmente fratura do colo do fêmur com risco de futura necrose avascular da cabeça do fêmur).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Vincenzi LF, Pierri CAA. Tumores benignos formadores de tecido ósseo. Clínica Ortopédica 2001; 3:715-722.
2. Yildiz Y, Bayrakci K, Altay M, Saglik Y. Osteoid osteoma: the results of surgical treatment. International Orthopaedics 25: 119-122.
3. Campanacci M, Ruggieri A, Gasbarrini A, Ferraro A, Campanacci L. Osteoid osteoma: direct visualisation and intralesional excision of the nidus with minimal removal of the bone. J Bone Joint Surg (B) 1999; 81: 814-820.

ENVIE SEU ARTIGO PARA A REVISTA TÉCNICAS EM ORTOPEDIA

Os documentos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE

Rua Borges Lagoa, 1755 - 1º andar - sala 180 – CEP 04038-034 - Vila Clementino
São Paulo - Brasil – Fone/Fax (11) 5573-3087