



Acta Ortopédica Brasileira

ISSN: 1413-7852

actaortopedicabrasileira@uol.com.br

Sociedade Brasileira de Ortopedia e
Traumatologia
Brasil

Moreira Teixeira, Luiz Eduardo; Araújo, Ivana Duval; Horta Miranda, Ricardo; Magalhães, Gustavo
Albergaria de; Ghedini, Daniel Ferreira; Percoppe de Andrade, Marco Antônio
Influência da manipulação prévia no tratamento e na recidiva local dos sarcomas de tecidos moles
Acta Ortopédica Brasileira, vol. 16, núm. 4, 2008, pp. 201-203
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65713427002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ARTIGO ORIGINAL

INFLUÊNCIA DA MANIPULAÇÃO PRÉVIA NO TRATAMENTO E NA RECIDIVA LOCAL DOS SARCOMAS DE TECIDOS MOLES

INFLUENCE OF PREVIOUS MANIPULATION IN THE TREATMENT AND LOCAL RELAPSE OF SOFT TISSUE SARCOMAS

LUIZ EDUARDO MOREIRA TEIXEIRA¹, IVANA DUVAL ARAÚJO², RICARDO HORTA MIRANDA³, GUSTAVO ALBERGARIA DE MAGALHÃES⁴, DANIEL FERREIRA GHEDINI⁴, MARCO ANTÔNIO PERCOPE DE ANDRADE⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar os efeitos da manipulação prévia no tratamento cirúrgico e na recidiva local dos sarcomas de tecidos moles. **Método:** Foram avaliados 30 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de um sarcoma de tecidos moles (STM), que foram divididos em dois grupos: pacientes que foram submetidos a uma biópsia ou ressecção inadvertida prévia do tumor e os encaminhados para tratamento sem qualquer procedimento prévio. Os grupos foram comparados de acordo com o tipo de cirurgia realizada, as complicações e a ocorrência de recidiva local. **Resultados:** A manipulação prévia dos STM foi observada em 60% da casuística, alterando a técnica operatória em 66,6% dos casos. A frequência de amputações foi semelhante nos dois grupos, mas três amputações foram realizadas por ressecção prévia inadequada. As complicações não foram significativamente diferentes nos grupos ($p = 0,282$), assim como a recidiva local ($p = 0,461$). **Conclusões:** A manipulação prévia dos STM influenciou no tratamento cirúrgico, mas não influenciou nas complicações pós-operatórias ou na recidiva local.

Descritores: Sarcoma de tecidos moles; Neoplasias; Cirurgia.

Citação: Teixeira LEM, Araújo ID, Miranda RH, Magalhães GA, Ghedini DF, Andrade MAP. Influência da manipulação prévia no tratamento e na recidiva local dos sarcomas de tecidos moles. *Acta Ortop Bras.* [periódico na Internet]. 2008; 16(4): 201-203. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/aob>.

INTRODUÇÃO

O termo sarcoma de tecidos moles (STM) define um grupo heterogêneo de tumores mesenquimais extra-esqueléticos que se origina de músculos, tecido fibroso, fáscia, tendões, vasos e tecido adiposo⁽¹⁾. Os tumores de nervos periféricos, apesar da origem neuroectodérmica, são incluídos nesse grupo pela sua localização, histologia e comportamento biológico similares. São relativamente raros e apresentam uma grande variedade de subtipos histológicos e locais de distribuição pelo corpo, tornando difícil a obtenção de informações consistentes sobre a história natural, prognóstico e tratamento destes tumores⁽²⁾.

Na suspeita de um STM, o diagnóstico definitivo deve ser confirmado por meio de uma biópsia incisional aberta ou por agulha. Este procedimento é motivo freqüente de complicação no tratamento dos STM por influenciar o tratamento cirúrgico. Embora a biópsia deva ser realizada em centros de referência e pelo cirurgião que fará o procedimento definitivo, menos de 50% dos casos chegam ao especialista antes de qualquer manipulação prévia. E, nos casos manipulados antes do encaminhamento, as complicações são seis vezes mais freqüentes e responsáveis até mesmo por transformar um tratamento conservador em uma amputação do membro⁽³⁻⁵⁾.

SUMMARY

Objective: Evaluate the influence of previous manipulation on the treatment and local relapse of soft tissue sarcomas. **We evaluated** 30 patients submitted to soft-tissue sarcoma surgery. These patients were divided into two groups: patients with previous unplanned resection of the tumor, and patients sent to a specialized center without any previous surgical procedure. We compared the two groups by the type of surgical treatment, complications and local relapse. **Results:** Previous manipulation of STM was seen in 60% of the patients on the series. The surgical technique in 66.6% of the cases. The amputation frequency was similar between both groups, but three patients were amputated as a result of inappropriate previous resection. Complications were not significantly different between the groups ($p = 0.282$), as was local relapse ($p = 0.461$). **Conclusion:** The previous manipulation of soft tissue sarcomas influenced the surgical treatment, but it did not influence post-operative complications nor local relapse.

Keywords: Sarcoma; Cancer; Surgery.

Citation: Teixeira LEM, Araújo ID, Miranda RH, Magalhães GA, Ghedini DF, Andrade MAP. Influence of previous manipulation in the treatment and local relapse of soft tissue sarcomas. *Acta Ortop Bras.* [serial on the Internet]. 2008; 16(4): 201-203. Available from URL: <http://www.scielo.br/aob>.

O objetivo deste estudo é avaliar os efeitos de uma manipulação prévia dos STM no tratamento cirúrgico definitivo e na ocorrência de recidiva local do tumor.

PACIENTES E MÉTODOS

No período de janeiro de 2000 a novembro de 2005 foram avaliados 30 pacientes com diagnóstico de sarcoma de tecidos moles no Ambulatório de Tumores Músculo-esqueléticos do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais e no Biocor Instituto 42 pacientes com diagnóstico de sarcoma de tecidos moles extra-esqueléticos localizados em extremidades, nádegas e glútea. Desses, 30 pacientes foram incluídos no estudo e excluídos 12 pacientes: três não apresentavam diagnóstico definitivo no prontuário, três pacientes perderam o seguimento, três apresentavam tumores de evolução, tratamento ou diagnóstico diferentes e que usualmente não são incluídos no estudo, sendo eles o dermatofibrossarcoma ($n = 3$), rabdomioma ($n = 1$), tumor de Ewing extra-esquelético ($n = 1$) e linfoma de Hodgkin ($n = 1$).

Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico com a participação do mesmo cirurgião e todos os diagnósticos foram confirmados pelo exame anátomo-patológico da peça

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de ambos os Serviços em que foi realizada a pesquisa, como parte da dissertação de mestrado “Fatores Prognósticos para o Desenvolvimento de Metástases e Recidiva Local nos Sarcomas de Tecidos Moles em Extremidades”, com aprovação final pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (parecer número ETIC 002/07). Dos pacientes que compuseram a amostra a idade média foi de $47,66 \pm 19,1$ anos, variando entre 18 e 86 anos. O tempo médio de acompanhamento foi de $29,5 \pm 12,2$ meses, com o mínimo de 12 meses e o máximo de 62 meses, sendo que 18 (60 %) pacientes eram do sexo masculino e 12 (40 %) do sexo feminino. O diagnóstico histológico está listado na Tabela 1. Dos 30 pacientes da amostra 22 (73,3%) foram submetidos à cirurgia conservadora com preservação do membro e oito (26,7%) foram submetidos a amputações. As margens cirúrgicas estavam livres de contaminação pelo tumor em 22 (73,4%) dos casos e contaminada em oito (26,6%) pacientes.

Diagnóstico	Número de Pacientes (n)	Frequência Relativa (%)	Frequência acumulada (%)
Fibrohistiocitoma maligno	7	23,3	23,3
Sinoviossarcoma	7	23,3	46,6
Lipossarcoma	4	13,3	59,9
Fibrossarcoma	2	6,7	66,7
Leiomiossarcoma	2	6,7	73,4
Neurofibrossarcoma	2	6,7	80,1
Sarcoma Epitelióide	2	6,7	86,8
Angiossarcoma	1	3,3	90,1
Sarcoma de células claras	1	3,3	93,4
Hemangiopericitoma maligno	1	3,3	96,7
Sarcoma de Origem Indeterminada	1	3,3	100
TOTAL	30	100	100

Fonte: SAME Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Tabela 1 - Diagnósticos histológicos dos STM de 30 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico no HC-UFMG e no Biocor Instituto entre janeiro de 2000 e novembro de 2005.

A biópsia aberta foi realizada em todos os pacientes diagnosticados após o encaminhamento. Nos pacientes em que a biópsia ou uma ressecção prévia já havia sido realizada, o diagnóstico era confirmado pela revisão de lâmina do estudo anátomo-patológico e os pacientes eram submetidos a ressecções definitivas ou ampliação de margens cirúrgicas (Figura 1). Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a abordagem inicial dos STM: Grupo A (n = 18): pacientes submetidos à manipulação prévia ao encaminhamento para tratamento definitivo. A manipulação incluiu biópsias ou ressecção inadvertida do tumor. Grupo B (n = 12): pacientes encaminhados e tratados antes de qualquer manipulação cirúrgica. Os dois grupos foram comparados de acordo com o tipo de cirurgia realizada (amputação X cirurgia conservadora), com as complicações ocorridas no pós-operatório e com a recidiva local no seguimento clínico. A análise estatística foi feita por meio do teste do Qui-quadrado (χ^2) para comparação das variáveis qualitativas em tabelas tipo 2 x 2 aplicando-se o teste exato de Fisher quando havia restrições ao uso do Qui-quadrado. Para avaliação da recidiva local foi realizada

à fásia tumoral, localização em compartimentos necrose e invasão vascular à histologia). Foram significativas diferenças no nível de 5 %.

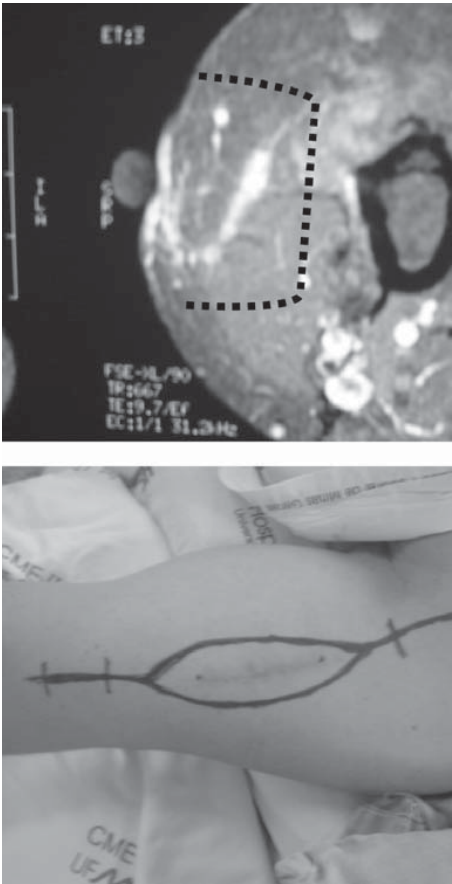
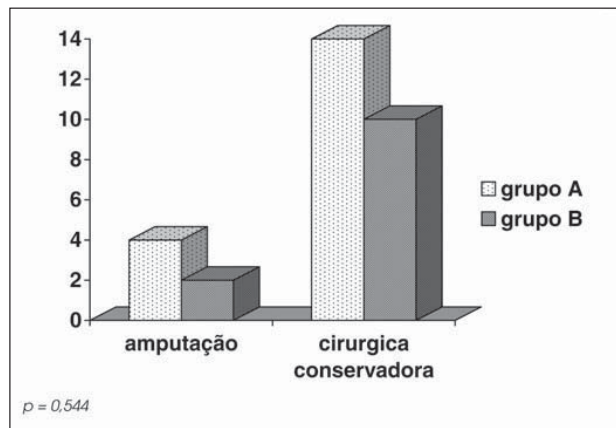


Figura 1 - Planejamento cirúrgico pré-operatório de um sarcoma de tecido mole (STM) à ressecção prévia inadvertida (A – Ressonância magnética de demarcação da área de ampliação; B – marcação do acesso).

RESULTADOS

A manipulação prévia dos STM foi observada em 18 (60%) pacientes e somente 12 (40%) foram encaminhados para amputação prévia. A manipulação influenciou o procedimento cirúrgico através da mudança no acesso, ampliação ou necessidade de ressecção de compartimentos adjacentes em 18 (60%) pacientes. Destes quatro (22,2%) pacientes foram encaminhados para amputação como tratamento cirúrgico, sem ocorrência do procedimento realizado previamente. Os 12 encaminhados sem qualquer manipulação prévia necessitaram de amputação (Figura 2). Entretanto, a amputação não foi significativamente mais frequente em pacientes manipulados antes do encaminhamento ($p = 0,544$). As complicações pós-operatórias foram observadas em 8 (26,7%) pacientes, sendo seis (33,3%) no grupo manipulados (grupo A) previamente que incluíram três de ferida, uma infecção profunda e um seroma. As complicações foram observadas em dois (16,6%) pacientes do grupo não manipulados (grupo B) que incluíram uma deiscência e uma infecção profunda de ferida operatória. Não houve diferenças significativas quando comparados os dois grupos ($p = 0,282$).



Fonte: SAME – Hospital das Clínicas da Universidade federal de Minas Gerais

Figura 2 - Relação entre o tipo de cirurgia realizada e a manipulação prévia do tumor. (grupo A- pacientes submetidos a manipulação prévia; grupo B – pacientes encaminhados antes de qualquer procedimento cirúrgico).

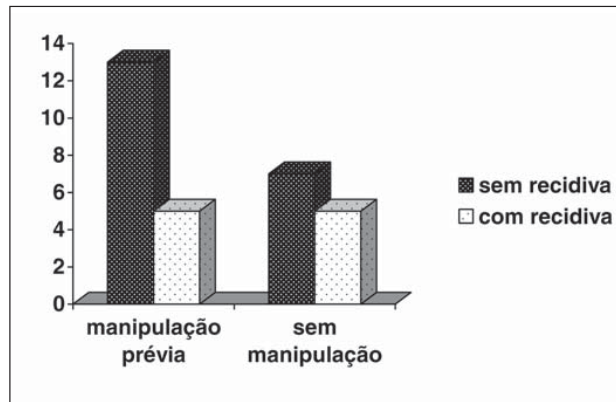


Figura 3 - Frequência de casos de recidiva local em pacientes com STM que foram submetidos a manipulação cirúrgica prévia (n = 18) e que foram encaminhados antes de qualquer procedimento (n = 12).

DISCUSSÃO

O tratamento principal dos STM é a cirurgia, complementada ou não pela radioterapia e quimioterapia^(2,6,7). A radioterapia e a cirurgia são indicadas para o controle local e a quimioterapia objetiva o tratamento sistêmico da doença, mas sua indicação ainda é controversa para os STM⁽⁶⁾. A cirurgia deve ser realizada por acesso amplo, com a ressecção de todo o tumor, envolvido

por tecidos normais, em um único bloco, incluindo biópsia e o orifício de saída do dreno quando pre-cirurgia acrescida da radioterapia tem alcançado em até 90% dos casos⁽⁶⁻⁸⁾.

Vários fatores prognósticos estão relacionados com o controle local, especialmente as margens alcançadas durante o procedimento cirúrgico; entretanto, poucos estudos avaliam o impacto da manipulação prévia inadequada do tumor no tratamento definitivo e na recidiva local⁽⁹⁾.

Em nossa casuística observamos que 60% dos pacientes foram manipulados antes do encaminhamento, frequência semelhante a outros centros, mas compatível com dados relatados por Siebenrock et al.^(4,5). A cirurgia definitiva foi influenciada pela manipulação prévia em 66,6% dos casos desse grupo; seja pela modificação do acesso, pela ampliação do campo operatório ou pela necessidade de adição de compartimentos contaminados. Apesar disso, a taxa de amputação ter sido semelhante nos dois grupos, o que sugere que em três casos do grupo previamente manipulado, essa taxa foi influenciada por manipulação inadequada realizada antes do encaminhamento, mesmo problema observado por Siebenrock et al.⁽⁴⁾. Siebenrock et al. afirmam que a ressecção inadvertida prévia de um sarcoma de partes moles resulta em cirurgias mais mutiladoras e altas taxas de recidiva local.

As complicações resultantes de retalhos de dissecação, como necrose e deiscências de ferida, assim como infecções e hematomas são frequentes nos procedimentos de tratamento dos STM. Não observamos diferenças entre os grupos em nosso estudo, sugerindo que a realização de técnicas semelhantes não aumenta o risco de complicações pós-operatórias. A manipulação inadequada do tumor tem sido relacionada com um mau prognóstico para a recorrência⁽⁹⁻¹¹⁾. Entretanto, nossos trabalhos mostram que uma re-operação para ampliar as margens cirúrgicas, realizada em tempo hábil, evita a necessidade de amputação, não compromete o controle local nem a sobrevida global quando comparados a pacientes não submetidos a manipulação prévia⁽¹¹⁻¹³⁾.

Em nosso estudo observamos que a manipulação inadequada de um STM é comum, que altera a técnica cirúrgica na maioria dos casos, mas não aumentou a recorrência local e não aumentou a taxa de complicações pós-operatórias. Esses dados sugerem a necessidade de maior divulgação das informações relacionadas ao manejo de tumores de partes moles e do encaminhamento adequado para centros de referências em casos de suspeita de um STM. A complementação do tratamento em um STM previamente manipulado permite evitar uma amputação, controlar o tumor local e melhorar o prognóstico desses pacientes.

CONCLUSÃO

A manipulação cirúrgica prévia de um sarcoma de partes moles influenciou no tratamento cirúrgico definitivo, mas não aumentou a ocorrência de complicações pós-operatórias ou de

REFERÊNCIAS

- Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. Missouri: Mosby-Year Book; 1995.
- Ishihara HY, Jesus-Garcia R, Korukian M, Ponte FM. Sarcoma de tecidos moles: fatores prognósticos. Rev Bras Ortop. 2004; 39:637-47.
- Enneking WF. The issue of biopsy [editorial]. J Bone Joint Surg Am. 1982; 64:1119-20.
- Mankin HJ, Lange TA, Spanier SS. The hazards of biopsy in patients with malignant primary bone and soft tissue tumors. J Bone Joint Surg Am. 1982; 64:1121-7.
- Mankin HJ, Mankin CJ, Simon MA. The hazards of biopsy revisited. J Bone Joint Surg Am. 1996; 78:656-63.
- Frustaci S, Gherlinzoni F, De Paoli A, Bonetti M, Azzarelli A, Comandone A et

- Spiro JI, Rosenberg AE, Springfield D, Suit H. Combined surgery and radiation therapy for limb preservation in soft tissue sarcoma of extremities: a retrospective analysis of 100 patients. Cancer Invest. 1995; 13:8-13.
- Gustafson P, Dreinhofer K, Ryldhom A. Soft tissue sarcoma of the extremities: a tumor center. A comparison of quality of surgery in 375 patients. Scand. J Clin Lab Invest. 1994; 65:47-50.
- Siebenrock KA, Hertel R, Ganz R. Unexpected resection of soft tissue sarcoma. Arch Orthop Trauma Surg. 2000; 120:65-9.
- Lewis JJ, Leung D, Espot J, Woodruff JM, Brennan MF. Effect of preoperative manipulation on the outcome of soft tissue sarcoma. Ann Surg. 2000; 231:655-63.