



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; Percope 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 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 frequente de complicações 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 frequentes e responsáveis até mesmo por transformar um tratamento conservador em uma amputação do membro⁽³⁻⁵⁾.

SUMMARY

Objective: Evaluate the influence of previous manipulation in 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 who were submitted to a biopsy or inadvertent resection of the tumor before surgery, and patients referred to a specialized center without any previous surgical manipulation. We compared the two groups by the type of surgical procedure, complications and local relapse. Results: Previous manipulation of STS was seen in 60% of the patients on the series, changing the surgical technique in 66.6% of the cases. The amputation rate was similar between both groups, but three patients were amputated as a result of inappropriate previous resection. Complications were significantly different between the groups ($p = 0,282$), as well as local relapse ($p = 0,461$). Conclusion: The previous manipulation of soft tissue sarcomas influenced the surgical treatment, but 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 recidiva local do tumor.

PACIENTES E MÉTODOS

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

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

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)	Freqüência Relativa (%)	Freqüência 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 Epitelóide	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 anatomo-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 fáscia tumoral, localização em compartimentos, necrose e invasão vascular à histologia). Foram significativas diferenças no nível de 5 %.

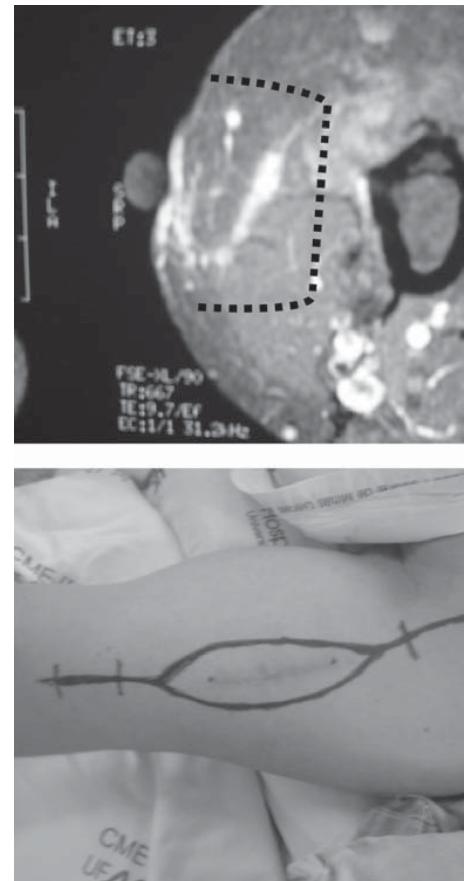
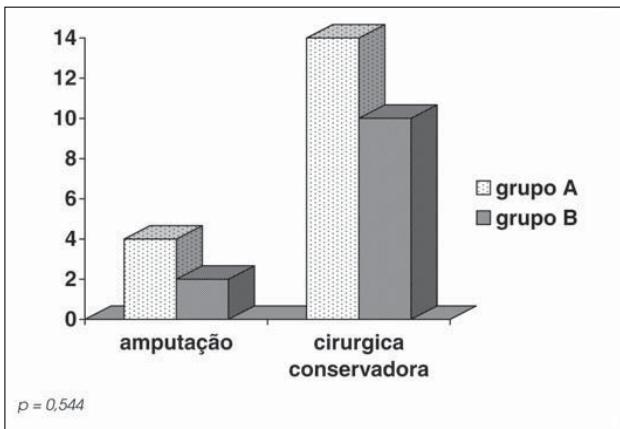


Figura 1 - Planejamento cirúrgico pré-operatório de um sarcoma de tecido mole (STM) de extremidade. A – Ressonância magnética (RM) com marcação da área de ampliação; B – marcação do acesso cirúrgico.

RESULTADOS

A manipulação prévia dos STM foi observada em 18 (60%) pacientes e somente 12 (40%) foram encaminhados para o procedimento prévio. A manipulação influenciou o tratamento cirúrgico através da mudança no acesso, ampliação ou necessidade de ressecção de compartimentos adiacentes em 18 pacientes (66,6%). Destes quatro (22,2%) pacientes houve uma amputação como tratamento cirúrgico, sem corréncia do procedimento realizado previamente. Os outros 14 encaminhados sem qualquer manipulação apenas necessitaram de amputação (Figura 2). Entretanto, a amputação não foi significativamente mais freqüentemente manipulado antes do encaminhamento ($p = 0,544$). As complicações pós-operatórias foram observadas em 10 (33,3%) pacientes, sendo seis (33,3%) no grupo manipulados (grupo A) previamente que incluiram tratamento de ferida, uma infecção profunda e um seroma. As complicações foram observadas em dois (16,6%) pacientes do grupo B. Uma deiscência e uma infecção profunda de ferida operatória também não foram significativos quando comparados entre 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).

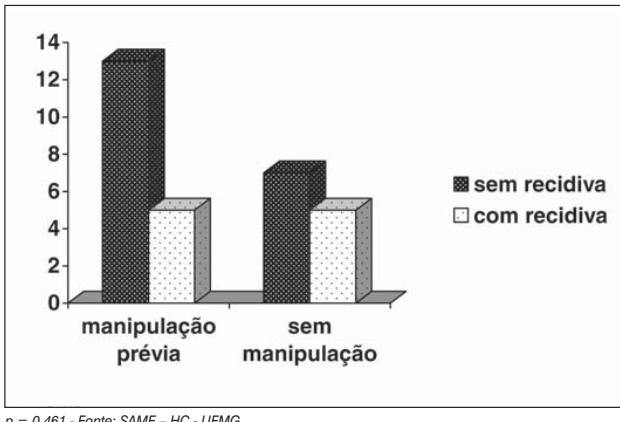


Figura 3 - Freqüência de casos de recidiva local em pacientes com STM que foram submetidos a manipulação cirúrgica prévia ($n = 18$) e que foram encaminhados antes de qualquer procedimento ($n = 12$).

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 a biópsia e o orifício de saída do dreno quando preciso. A cirurgia acrescida da radioterapia tem alcançado resultados bons, com até 90% de cura locais⁽⁶⁻⁸⁾.

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

Em nossa casuística observamos que 60% dos pacientes manipulados antes do encaminhamento, freqüentemente em 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 pelo envolvimento adicional de compartimentos contaminados. Apesar de a cirurgia com amputação ter sido semelhante nos dois grupos, existiu uma diferença em três casos do grupo previamente manipulado, explicada por manipulação inadequada realizada antes do encaminhamento, problema observado por Siebenrock et al.⁽¹⁰⁾. Nossos resultados sugerem que a ressecção inadvertida de um sarcoma 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 hematomas e abscessos, são freqüentes nos procedimentos de tratamento dos STM. Não observamos diferenças entre os grupos em nosso estudo, sugerindo que a realização de técnicas similares não aumenta o risco de complicações pós-operatórias. A manipulação inadequada do tumor tem sido relatada como mau prognóstico para a recorrência⁽⁹⁻¹¹⁾. Entretanto, os resultados dos trabalhos mostram que uma re-operação para obter margens cirúrgicas, realizada em tempo hábil, evita a recorrência, não compromete o controle local nem a sobrevida quando comparados a pacientes não submetidos a manipulações inadvertidas⁽¹¹⁻¹³⁾.

Em nosso estudo observamos que a manipulação prévia dos STM é comum, que altera a técnica cirúrgica na maioria dos casos, mas não aumentou a recorrência local e não aumentou o risco de complicações pós-operatórias. Esses dados sugerem a necessidade de maior divulgação das informações relativas ao manejo de tumores de partes moles e do encaminhamento para centros de referência em casos de suspeita clínica de um STM. A complementação do tratamento em um centro com um STM previamente manipulado permite evitar a recorrência local e melhorar o prognóstico desses pacientes.

CONCLUSÃO

A manipulação cirúrgica prévia de um sarcoma de tecidos moles influenciou no tratamento cirúrgico definitivo, mas não aumentou a taxa de recorrência de complicações pós-operatórias ou de mortalidade.

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 al. Preoperative biopsy in soft tissue sarcomas. Ann Plast Surg. 2000; 45:44-7.
- Spiro JI, Rosenberg AE, Springfield D, Suit H. Combined surgery and radiation therapy for limb preservation in soft tissue sarcoma of extremities. Mayo Clinic General Hospital Experience. Cancer Invest. 1995; 13:88-93.
- Gustafson P, Dreinhof K, Rydhom A. Soft tissue sarcoma surgery at 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, Espat J, Woodruff JM, Brennan MF. Effect of preoperative biopsy on survival in patients with soft tissue sarcoma. Ann Surg. 2000; 231:655-63.
- Fritz WH, Gersbach CC, Mankin CJ, Simon MA. The hazards of biopsy in patients with soft tissue sarcomas. J Bone Joint Surg Am. 1996; 78:656-63.