

A CONDUTA CIRÚRGICA NO TRATAMENTO DO TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES OU "A MIELOPLACIOS" DOS OSSOS

PROF. DR. DAGMAR A. CHAVES

Antes de tudo, minhas homenagens ao Prof. UGO PINHEIRO GUIMARÃES, D.D. Diretor do Serviço Nacional do Câncer.

Atendendo ao honroso convite do meu caro amigo e colega, Prof. Francisco Fialho, Presidente da Sociedade Brasileira de Cancerologia, aqui me encontro, em participando desta "Mesa Redonda", na qual se discute e se aprecia, um dos temas mais palpitantes da atualidade e que se vem conservando, há vários anos, em plena "ordem do dia": — o tumor de células gigantes dos ossos.

Trata-se em verdade, de assunto interessante, que o século de observações e de estudos iniciado por NELATON (1856), não bastou para elucidar definitivamente em todos os seus aspectos (natureza, tratamento, recidivas, etc) e que foi recentemente "relatado", em substancial trabalho por TRIFAUD, FAYSSE, e PAPILLON, na XXXIa Reunião Anual da Sociedade Francesa de Ortopedia e Traumatologia (Paris-Outubro-1956) e ventilado por JOSÉ VALLS, em Conferência a que assisti, no 1.º Congresso Argentino de Ortopedia e Traumatologia de Mar Del Plata — Novembro-Dezembro-

1956, constituindo, ainda, motivo de "simposium", no sétimo Congresso da Sociedade Internacional de Ortopedia e Traumatologia a realizar-se em Barcelona, de 16 a 21 de Setembro do corrente ano.

Há precisamente, dez anos, publiquei em "Medicina-Cirurgia-Farmácia" um artigo intitulado "Tumor de células gigantes da extremidade superior da tíbia".

Cumprindo a missão de que fui incumbido, deter-me-ei, "sinteticamente", no terreno relativo ao *tratamento cirúrgico*, analisando os seguintes métodos ou processos ainda em voga ou plenamente acreditados.

1) *Curetagem rigorosa*, minuciosa, completa, seguida de *enchimento da cavidade* com enxertos ósseos maciços e esponjosos, da tíbia ou da crista ilíaca, satisfazendo-se, assim, aos aspectos mecânico e biológico, usando-se, de preferência, pelas suas vantagens, *enxertos autógenos*.

E' o recurso indicado em face da maioria dos tumores chamados "virgens" ou daqueles já curetados, uma, duas, ou mesmo, excepcionalmente, três vezes, principalmente quando situados nas extremidades inferior do fêmur,

superior e inferior da tibia, ou quando localizados em regiões tais, que a ressecção sob o ponto de vista técnico, difícil, pouco compensadora ou impraticável, ofereça, também, inconvenientes ou desvantagens funcionais.

Justifica-se também o seu emprego, diante tumores não complicados por fraturas patológicas, fístulas, etc, impondo-se sempre, quando da realização de cada curetagem, o atento estudo histológico, a revisão do diagnóstico, a verificação, tanto quanto possível exata, da benignidade do neoplasma.

A cauterização da cavidade curetada, de que jamais me vali, mediante a aplicação de cloreto de zinco, fenol, álcool, etc, não é aconselhada ou adotada hoje, pela quase totalidade dos AUTORES, pois muitos a consideram inútil (MEYERDING, LICHTENSTEIN PHEMISTER) e outros, a julgam perigosa ou prejudicial, em favorecendo a degenerescência (PROSSOR, HELLENER).

Vantagens da curetagem:

a) *Tem sido a operação mais usada no tratamento do tumor de células gigantes, em virtude de sua simplicidade, benignidade, permitindo a ablação total da lesão, praticamente, sem mutilação ou com esta reduzida ao mínimo, salvaguardando, ao máximo, as possibilidades da cura funcional, o que é de particular significação, assegurando, outrossim, a oportunidade de um exame histológico completo do material curetado.*

b) *Oferece curas relativamente rápidas, na dependência, naturalmente, da extensão e da localização do processo. As estatísticas relativas aos resultados favoráveis alcançados com*

tal meio, oscilam entre 72%, 75% e 80%.

c) *Constitui recurso viável, nas regiões de difícil acesso (coluna, crânio, ilíaco, etc) quando as perturbações nervosas justificam as intervenções cirúrgicas, em substituição á radioterapia.*

d) *Pode ser repetida uma ou mais vezes, segundo, as necessidades, sem maiores inconvenientes, no combate ás recidivas.*

Tais qualidades têm concorrido para que a curetagem continui a ocupar o posto que lhe cabe no tratamento do tumor a mieloplácio.

Críticas ao método:

Muitos Autores, sem o abandonarem completamente, em sendo possível, dão preferência a outros processos de cura, que se lhes afiguram mais eficientes, radicais, demonstrando pouco entusiasmo, desânimo, descrença ou mesmo decepção em face da sua utilização.

Figuram na lista de desvantagens e objeções:

a) *A curetagem pode acompanhar-se de hemorragia e de infecção, situações em verdade superadas na atualidade, em face da abundância de recursos existentes, mas que não devem ser esquecidas, pois são capazes de complicar, sobremodo o quadro, maxime em se tratando da última, que se pode mostrar rebelde ao tratamento conservador.*

b) *Tem sido acusada de concorrer para a degeneração ou a disseminação do tumor de células gigantes (MERCER, PFAHLER, HERENDEN) principalmente quando praticada ou repetida vá-*

rias vêzes e seguida de cauterização química, riscos discutíveis, mas prováveis.

c) *A sua difícil execução em relação a determinadas regiões* (bacia, crânio, coluna) e a sua insuficiência, não raro comprovada, afirmando LICHTENSTEIN que a curetagem, sob o ponto de vista histológico, excepcionalmente pode ser considerada completa.

d) *As recidivas são freqüentes*, exigindo novas intervenções em condições, nem sempre favoráveis. E' preciso, realmente, não olvidar a rebeldia ou teimosia presente em certos casos, nos quais um "potencial de evolução local" resiste tenazmente á curetagem.

Fatôres responsáveis pela falência deste recurso cirúrgico.

Citam-se entre outros os seguintes:

a) *A aplicação prévia ou preliminar da radioterapia*, utilizada no intuito de impedir a evolução, eliminar ou destruir a lesão, de curar o paciente.

b) *Falhas de ordem técnica*, constituídas sobretudo, por esvaziamentos incompletos, deficientes e contaminação da ferida operatória, ao lado de enchimentos precários ou imperfeitos.

c) *A própria natureza do tumor*, que embora solitário, não se deixa vencer, sempre, de um só golpe.

d) *C tipo evolutivo da lesão*, merecendo aqui especial referência, "a forma osteolítica" ou "não tabecular" e a chamada "pseudoinflamatória" acompanhando-se esta de calor, rubor, "empastamento" e mesmo, derrame articular.

A primeira é encarada como uma má indicação para a curetagem, ao passo que a segunda deve aguardar a re-

gressão do processo inflamatório para a execução de tal intervenção.

Da oportunidade da curetagem.

Recomenda-se, como regra geral, intervir precocemente, ou o mais cedo possível, atendendo-se assim, ás questões anatômicas, estéticas, funcionais.

Em face de "surtos inflamatórios", justifica-se a contemporização ou o retardamento de algumas semanas, uma vez que não persista qualquer dúvida quanto à benignidade do tumor, assegurando-se, então, o repouso da lesão pela imobilização gessada adequada. Esta mesma orientação defendida por alguns, diante as formas osteolíticas, não me parece prudente ou aconselhável aqui, principalmente quando a evolução se mostra, indiscutivelmente rápida, no sentido da destruição, da expansão.

2) *Ressecção* — que permite a retirada ou extirpação do tumor, com supressão, não só da totalidade da lesão, mas também, da própria cavidade que a contém ou a limita, respeitando-se ou não a continuidade óssea, segundo a modalidade de técnica adotada.

Distinguem-se, na prática corrente, os seguintes tipos:

a) *Ressecção primária ou primitiva*, pura, simples, com excisão completa do segmento ósseo doente, quer seja este epifisário (hemiressecção articular) ou diafisário, ou com ablação de todo um osso. E' o processo ideal, capaz de oferecer 100% de curas definitivas, sendo de indicação natural, lógica, racional, nos casos em que não determine ou provoque perturbação funcional.

Incluem-se aqui, as ressecções da rótula (patelectomia total), da extremidade superior do perônio, as segmentares diafisárias dêste osso, as totais de falanges e de alguns metatarsianos (2.º, 3.º e 4.º) e mesmo de certos metacarpeanos, as correspondentes às extremidades superior do rádio e inferior do cúbito, as de costela, clavícula, cabeça umeral.

A astragalectomia, lembrada por alguns, é a meu ver, uma operação que dificilmente se justifica, em face dos péssimos resultados funcionais que a acompanham.

b) *Excisão simples ou ressecção limitada*, respeitando a continuidade óssea, passando a secção em plena zona sã.

É um meio que pode satisfazer diante tumores superficiais, não muito volumosos, metafisários ou diafisários, subperiósticos, ou em casos de lesões do maxilar inferior e do ilíaco. A ressecção articular parcial tem sido realizada em relação ao joelho, com a retirada de parte ou do todo, de um côndilo femoral ou tibial lesado.

c) *Ressecção total e reparação* com enxerto ósseo maciço fornecido pela tibia ou pelo perônio têm sido aproveitados no tratamento do tumor de células gigantes da extremidades inferior do rádio e superior da tibia, com relativa freqüência, embora, nem sempre com resultados francamente compensadores.

Ressecção parcial, longitudinal, dêste osso ou do fêmur e osteoplastia imediata com aquêles recursos, satisfazem, muitas vezes. O problema se agrava, naturalmente quando o tumor abrange tôda a espessura dos mesmos ossos, isto é, do fêmur e da tibia.

d) *Ressecção de um dos côndilos femurais* — e artrodese femorotibial (VALLS), ressecção de uma das extremidades atingidas (fêmur ou tibia) e artrodese (problema do encurtamento), com encurtamento do membro oposto (OLIVIER) têm sido executadas e se acompanham de curas definitivas.

e) *Ressecções e próteses acrílicas* e metálicas já foram usadas, dentre outros, por PAIS e CAPPELIN e MERLE D'AUBIGNÉ, adotando êste, por várias vêzes, conforme pude observar pessoalmente em um dos seus casos, um processo em que associa calha intramedular de KUNTSCHER, enxerto maciço e material acrílico (tumor de células gigantes da extremidade superior da tibia).

Figura na minha lista de observações, uma prótese cérvico-cefálica, metálica, (EICHER) aplicada em paciente jovem, portadora de tumor a mielopláscio da extremidade superior do fêmur, acompanhado de fratura patológica do colo.

A gravidade do caso levou-me a uma indicação realmente feliz. em 7-6-1955, quando ressequei o que restava de cabeça e colo, e apliquei o material de aço inoxidável, obtendo cura que se mantém inalterável até o presente, com excelente resultado funcional, quanto aos movimentos do quadril, ao apôio e á marcha, com um encurtamento apenas de centímetro e meio. Acabo de receber carta e radiografia da doente em questão, confirmando a sua satisfação e a solidez, com a tolerância perfeita, da prótese (22 meses) sem qualquer indício de reprodução da lesão.

Trata-se de observação deveras original, interessante, talvez a primeira no gênero a ser publicada no Brasil

e sem similar na literatura estrangeira que acabo de consultar e que esta mesa redonda me leva a apresentar antes dos dois anos nos quais pretendia conservá-la em segredo, em seguindo um critério rigoroso de julgamento.

3) *Amputação* — recurso extremo, de indicação excepcional — tem sido utilizado no tratamento de lesões demasiado extensas, tardiamente atendidas, em face de fístulas e infecções rebeldes e diante as "formas malignas de tumor a mieloplácio" ou "sarcomas osteolíticos de células gigantes", segundo o conceito que se queira seguir.

CONCLUSÕES

O tratamento cirúrgico do tumor a mieloplácio goza de preferência em virtude da sua eficácia, da relativa rapidez com que alcança a cura, obtendo-se na grande maioria dos casos, resultados francamente compensadores.

A *curetagem* tem o seu valor e pode revelar-se suficiente em muitas oportunidades. A *ressecção*, em suas diferentes modalidades ganha terreno, sendo de indiscutíveis vantagens, toda a vez que permite a eliminação pronta e total da lesão sem causar perturbação funcional; a ressecção das grandes epífises (superior da tibia, inferior do fêmur) ainda não constitui tese pacífica. As próteses cérvico cefálicas atendem bem aos problemas da extremidade superior do fêmur (cabeça e colo).

Contribuição pessoal:

Em todos os casos os exames histopatológicos pré e pós-operatorios praticados, jamais revelaram malignidade,

quer em pacientes da clínica particular, quer em relação aos internados no Hospital.

As minhas seis últimas observações são representados por:

1) Tumor de células gigantes da 1a. falange do 4.º dedo da mão esquerda, com destruição avançada, deformidade e pronunciado encurtamento, exigindo ressecção total da referida falange, seguida de cura definitiva (19 meses).

2) Tumor a mieloplácio da extremidade superior do rádio; ressecção acompanhada de cura (21 meses).

3) Tumor de células gigantes do maxilar inferior, curetado duas vezes, com insucesso, por uma colega; excisão conservando e respeitando apenas a continuidade óssea relativa ao ramo horizontal e parte do ramo ascendente, obtendo-se excelente resultado (25 meses).

4) Ressecção de lesão da extremidade superior do fêmur (cabeça e colo) e prótese cérvico cefálica (22 meses) com magnífico resultado.

5) Curetagem e enchimento da cavidade com enxertos ósseos autôgenos, em tumor da extremidade distal da tibia; cura em uma só etapa (36 meses).

6) Tumor "virgem" da extremidade superior da tibia, atingindo epífise e metáfise; Ressecção da cortical ântero-interna curetagem total e enchimento completo com enxertos autôgenos, 2 maciços, fortes e alguns esponjosos (caso recente).

Estas observações são relativamente novas, exigindo ainda algum tempo para perfeita tranquilidade, quanto á possibilidade de recidivas.

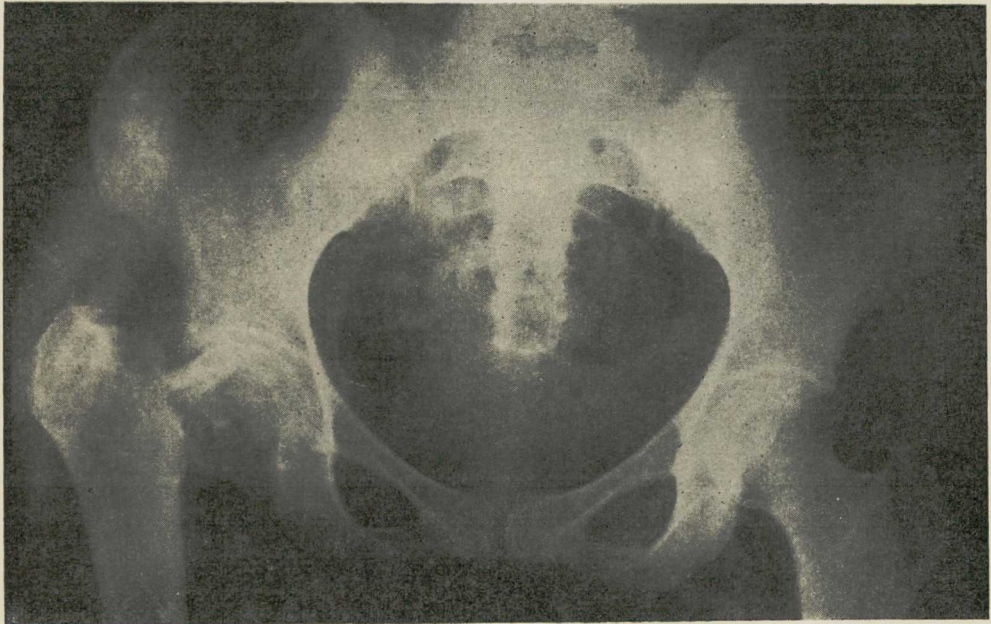


FIG. 1. Tumor de células gigantes da extremidade superior do fêmur. Fratura patológica.

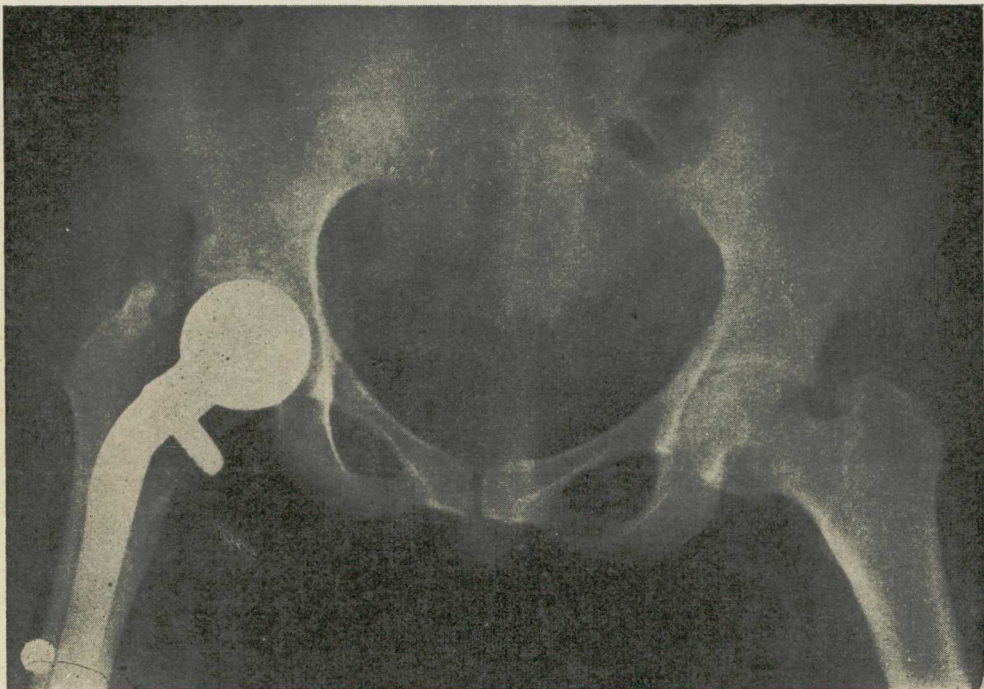


FIG. 2. Tumor de células gigantes da extremidade superior do fêmur. Fratura patológica. Prótese cêrvico-cefálica (EICHER).

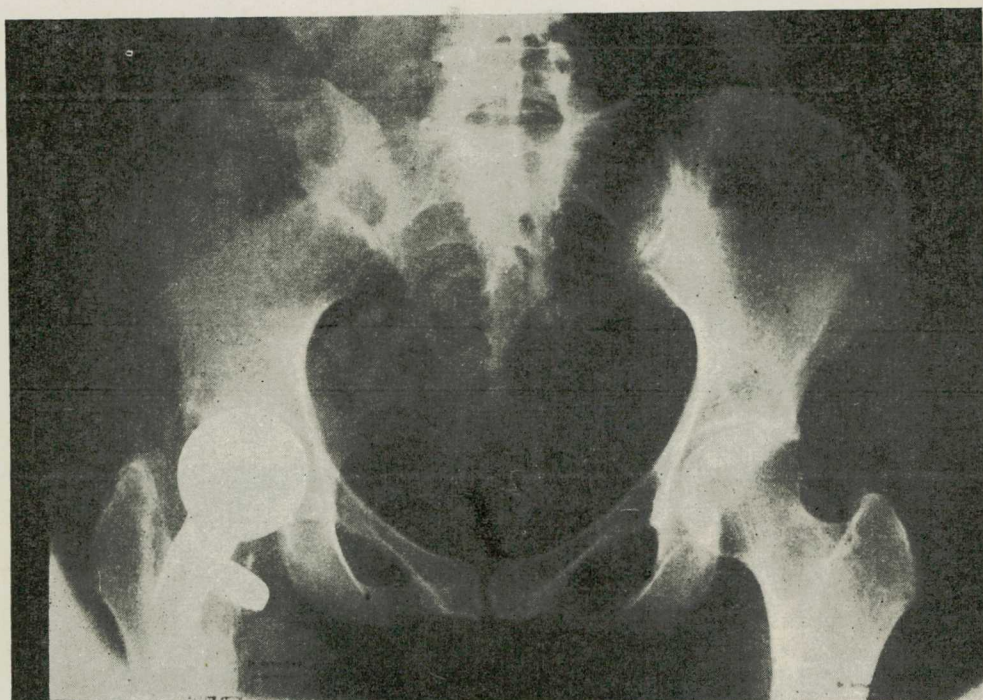


FIG. 3. Tumor de células gigantes da extremidade superior de fêmur. Fratura patológica. Prótese cervico-cefálica (EICHER) com excelente resultado funcional, 22 meses após a intervenção. Curas clínica e radiológica

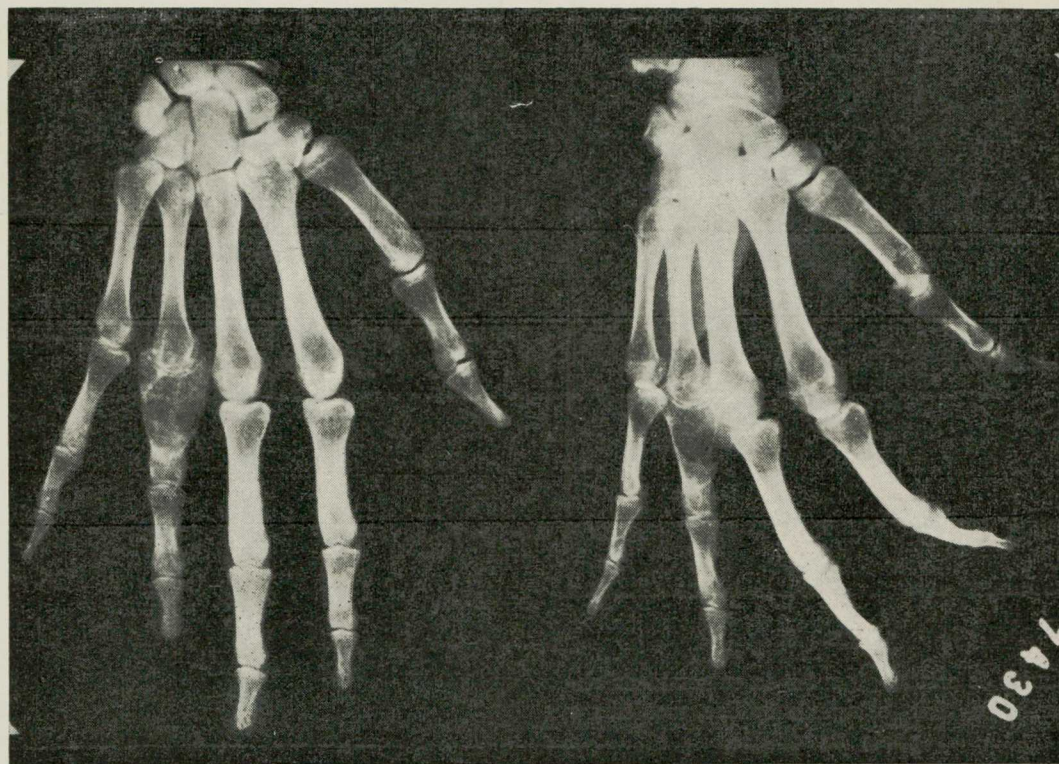


FIG. 4. Tumor de células gigantes da 1.^a fange do 4.^o dedo da mão esquerda.

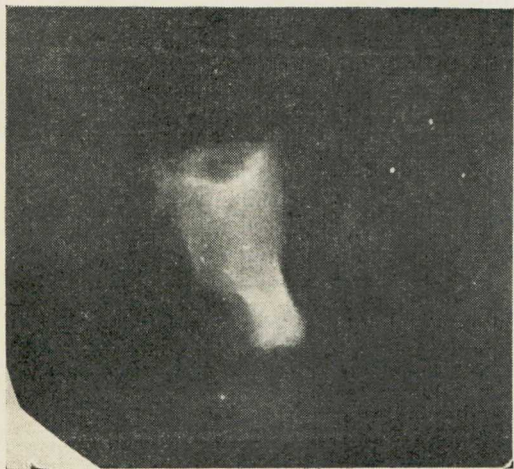


FIG. 5.

Tumor de células gigantes da 1.^a falange do 4.^o dedo da mão esquerda. Falange ressecada.

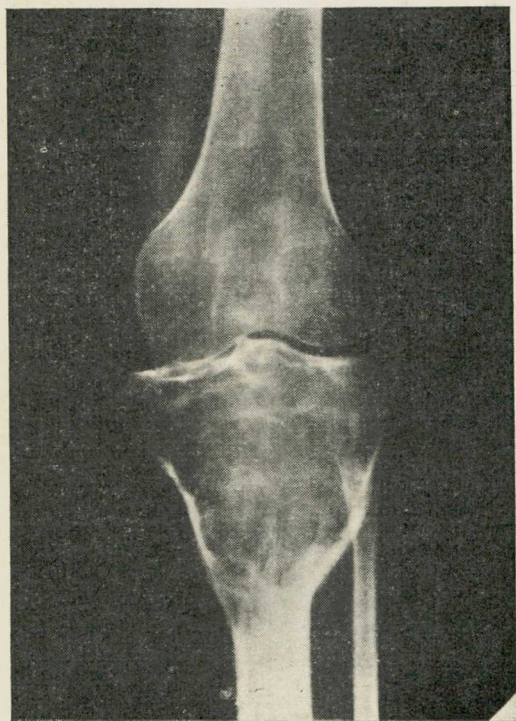


FIG. 6.

Tumor de células gigantes da extremidade superior da tíbia, atingindo epífise, metáfise e parte da diáfise.



FIG. 7.

Tumor de células gigantes da extremidade superior da tíbia, atingindo epífise, metáfise e parte da diáfise.

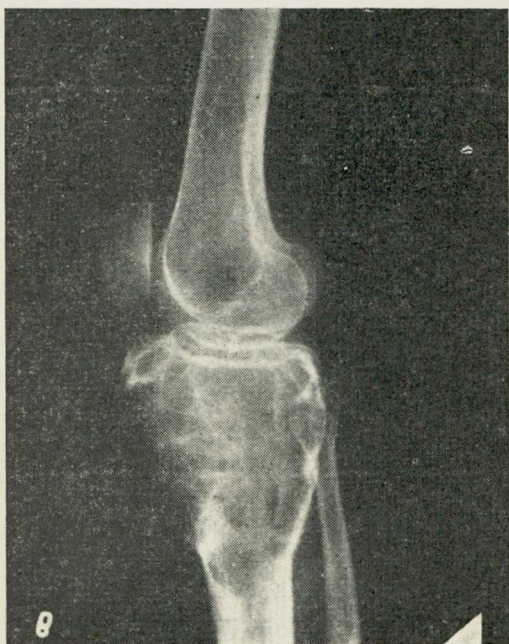


FIG. 8

Tumor de células gigantes da extremidade superior da tíbia, atingindo epífise, metáfise e parte da diáfise. Ressecção da cortical antero interna, curetagem minuciosa e aplicação de dois enxertos maciços da tíbia oposta.

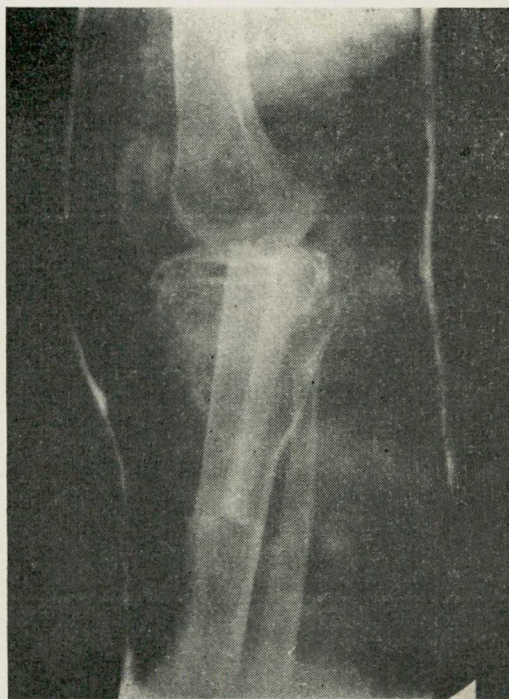


FIG. 9.

Tumor de células gigantes da extremidade superior da tíbia, atingindo epífise, metáfise e parte da diáfise. Ressecção da cortical antero interna, curetagem minuciosa e aplicação de dois enxertos maciços, da tíbia oposta.