

Reconstrução de extremidades com retalho livre de fíbula após ressecções oncológicas

EDUARDO RAVASIO MACHADO, JULIANO SBALCHIERO, CIRO PAZ PORTINHO, RODOLFO CHEDID, JULIA PINTO AMANDO

Introdução

O tumor primário de ossos longos é raro, perfazendo entre 0,2 a 1% dos tumores malignos, sendo o osteossarcoma e o tumor de células de Ewing os mais frequentes. No passado, a amputação era o tratamento padrão para tais tumores, ocasionando um excelente controle local da doença à custa de um grande impacto na morbimortalidade destes pacientes. A cirurgia poupadora dos membros surgiu como uma alternativa, uma vez que estudos recentes têm mostrado uma eficácia similar à amputação como tratamento. A cirurgia poupadora dos membros é apropriada para cerca de 90% dos pacientes. São contraindicações relativas: o envolvimento dos principais troncos neurovasculares, fraturas patológicas, contaminação do sítio da biopsia, grande envolvimento muscular, infecção, desnutrição e desmotivação do paciente para reabilitação de outros procedimentos cirúrgicos. Com o avanço das técnicas cirúrgicas e do envolvimento multidisciplinar da cirurgia plástica, ortopedia, patologia, oncologia clínica e fisioterapia, a cirurgia conservadora dos membros tornou-se o tratamento de escolha para os tumores de ossos longos, devendo sempre respeitar três princípios: 1° - a chance de recorrência não ser maior do que com amputação; 2° - não afetar a sobrevivência global do paciente; 3° - o período de reabilitação não postergar o seguimento do tratamento. Existem várias técnicas para cirurgia poupadora dos membros, sendo a mais utilizada o retalho microcirúrgico de fíbula e crista ilíaca, além de enxerto de osso autólogo e de osso de cadáver fresco. Estas duas últimas, porém, apresentam elevadas taxas de infecção, pseudoartrose e fratura, levando a falência do enxerto em até 50% dos casos. Portanto, baseado na experiência adquirida com o uso de retalhos livres na reconstrução de membros no trauma, o transplante livre

de fíbula vem tornando-se cada vez mais frequente nas reconstruções pós-ressecções oncológicas, sendo preferível ao retalho livre de crista ilíaca por apresentar um osso cortical em linha reta e grande, além de poder ser incluída uma ilha de pele quando necessário.

Objetivo

Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência do Instituto Nacional do Câncer (INCa) nas reconstruções de membros com retalho microcirúrgico de fíbula após ressecções de tumores de ossos longos.

Material e Métodos

Foi realizada uma série retrospectiva de sete casos de retalho livre de fíbula operados no INCa, entre 1997 e 2009, para reconstrução de defeitos de extremidades após ressecções de tumores ósseos, avaliando-se detalhadamente os prontuários em busca de dados, como: sexo, idade, diagnóstico, localização do tumor, tipo e tamanho da ressecção, tipo e tamanho da reconstrução, vasos utilizados para anastomose, complicações pós-operatórias, estado da doença na última consulta, seguimento e tempo até deambulação.

Resultados

Entre os anos de 1997 e 2009, sete pacientes realizaram reconstrução de extremidades com retalho livre de fíbula no INCa. A localização das lesões variou entre fêmur (n=3), tíbia (n=2) e úmero (n=2), sendo cinco pacientes do sexo masculino e dois do feminino, com uma média de idade de 11,8 anos (variando de 5 a 20 anos). O tumor mais comum foi o osteossarcoma (seis casos) e Sarcoma de Ewing (1 caso). Todas as reconstruções foram realizadas com retalho ósseo sem ilha de pele, o tamanho médio do retalho foi de 15,8 cm (variando de 10 a 20 cm). Dois pacientes evoluíram com



Figura 1 – Pós-operatório imediato evidenciando reconstrução com retalho livre de fíbula após ressecção de diáfise de fêmur e platô tibial.

Figura 2 – Hipertrofia: radiografia demonstrando hipertrofia de retalho livre de fíbula no pós-operatório tardio.

fratura do retalho no pós-operatório tardio devido a trauma, ambos com boa consolidação após tratamento, um paciente apresentou dor crônica e outro apresentou exposição do material de síntese após sete meses, sendo realizada a retirada do mesmo sem prejuízo ao retalho. Três pacientes foram a óbito, dois devido à doença metastática e um com recidiva local. O tempo médio de retorno à deambulação foi de 14,7 meses (variando de 6 a 30 meses). Três pacientes estavam livres de doença e um estava com 10 meses de pós-operatório, realizando quimioterapia adjuvante ao final deste trabalho.

Conclusão

O uso do retalho livre de fíbula mostra-se uma boa alternativa no arsenal terapêutico para reconstrução de membros após ressecções oncológicas de ossos longos, aliando um bom controle local da doença a uma baixa morbi-mortalidade, preservando o membro e evitando, desta forma, a mutilação destes pacientes, que na maioria das vezes são crianças. Os pacientes nesta série de casos apresentaram resultados satisfatórios com reconstrução com retalho livre de fíbula, sendo os desfechos desfavoráveis à custa da agressividade da doença de base.