

Reinserção psicossocial de paciente jovem através de desarticulação interescapulo torácica e hemitoracectomia

Psychosocial rehabilitation of a young patient through interscapular thoracic disarticulation and hemithoracectomy

Daniel Oliveira Bonomi¹, Erlon de Ávila Carvalho², Paula Grisolia Oliveira Netto Soares³, Barbara Brandão Barros⁴, Isabela Souza de Paula⁵, Juliana Maria de Aquino Cordel⁵

DOI: 10.5935/2238-3182.20140028

RESUMO

Na era das cirurgias minimamente invasivas, parece controverso advogar grandes operações. Entretanto, ainda há espaço para grandes intervenções oncológicas. É relatado caso de paciente de 23 anos de idade portador de tumor desmoide em hemitórax direito, com deformidade e erosão de arcos costais, atelectasia parcial do pulmão ipsilateral, compressão e desvio contralateral do mediastino, invasão de nervos do plexo braquial, vasos subclávios e pleura apical direita. Realizada toracectomia, ressecção de tumor em mediastino, amputação do membro superior direito, escapulectomia e reconstrução da parede torácica com tela de márlex e metilmetacrilato e confecção de retalho fasciocutâneo. O paciente encontra-se em seguimento ambulatorial com suas funções diárias quase recuperadas, limitado apenas nas atividades que envolviam o membro desarticulado. Em casos selecionados devem ser consideradas grandes intervenções com o objetivo de ressecção R0 (ressecção com margens cirúrgicas livres) e melhora na qualidade de vida, atentando-se sempre para a ressocialização.

Palavras-chave: Fibromatose Agressiva; Toracoplastia; Desarticulação; Reabilitação; Socialização.

ABSTRACT

In the era of minimally invasive surgery, advocating large operations seems controversial. However, there is still room for major oncologic interventions. This is report of a 23 year-old patient with desmoid tumor in the right hemithorax, deformed and eroded ribs, ipsilateral lung partial atelectasis, contralateral mediastinal compression and shift, invasion of nerves in the brachial plexus, subclavian vessels and right apical pleura. Thoracectomy was performed with resection of the tumor in the mediastinum, right upper limb amputation, scapulectomy, and chest wall reconstruction with methylmethacrylate and marlex screen, and use of a fasciocutaneous flap. The subject is in follow up as an outpatient and has almost recovered his daily functions, which are now limited only for activities involving the inarticulate member. Selected cases should be considered for major interventions with aiming at R0 resection (resection with free surgical margins) and improved quality of life, always bearing in mind the need for rehabilitation and socialization.

Key words: Fibromatosis, Aggressive; Thoracoplasty; Disarticulation; Rehabilitation; Socialization.

INTRODUÇÃO

O tumor desmoide (TD), também conhecido como fibromatose agressiva, representa 0,03% de todas as neoplasias e 3% dos tumores de partes moles. É neoplasia que se esten-

- ¹ Médico-Cirurgião Torácico. Instituto Mario Penna e Hospital Luxemburgo. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Residente do Programa Cirurgia Torácica Oncológica do Instituto Nacional do Câncer INCA/MS. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.
³ Médica Clínica Médica. Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais–FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
⁴ Médica-Cirurgiã Geral. Instituto Mario Penna e Hospital Luxemburgo. Belo Horizonte, MG – Brasil.
⁵ Médica-Residente de Cirurgia Geral (R2) – Instituto Mario Penna e Hospital Luxemburgo. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 06/02/2013
Aprovado em: 20/01/2013

Instituição:
Instituto Mário Penna e Hospital Luxemburgo
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Erlon de Ávila Carvalho
E-mail: erlon_avila@hotmail.com

de aos tecidos musculoaponeuróticos, penetra cápsulas articulares, infiltra-se ao longo dos planos fasciais e invade estruturas neurovasculares adjacentes.¹ Caracteriza-se por apresentar baixo potencial metastático e exuberante crescimento locorregional e alta taxa de recidiva local após ressecção cirúrgica.

Trata-se de relato de jovem previamente hígido, com tumor desmoide em hemitórax e região escapular direita, tendo como proposta de tratamento a desarticulação interescapulotorácica e hemitoracectomia direita, objetivando ressecção R0 (com margens cirúrgicas livres), com posterior avaliação da equipe de oncologia clínica para início de tratamento adjuvante.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 23 anos de idade, masculino, leucodérmico, previamente hígido, portador de volumosa massa em parede torácica anterior, com evolução de aproximadamente um ano. Relatou ter adiado consultas médicas por receio e medo de ser submetido à cirurgia extensa que comprometeria seu membro superior direito. Encontrava-se assintomático, o que colaborou para a procura tardia do tratamento, o que ocorreu quando a massa tomou grandes proporções, esteticamente prejudiciais.

Iniciou propedêutica em Unidade Básica de Saúde e posteriormente foi encaminhado para o Serviço de Cirurgia Torácica do Instituto Mario Penna/Hospital Luxemburgo.

Apresentava volumosa massa em hemitórax direito (Figura 1), com biópsia em 13/12/11 evidenciando sarcoma fusocelular de baixo grau. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou volumoso processo expansivo sólido e heterogêneo da parede anterior e cavidade torácica direita, medindo 25 x 22 x 15 cm, associada à deformidade e à erosão de arcos costais direitos, atelectasia parcial do pulmão ipsilateral, compressão e desvio contralateral do mediastino; pouca expansão do pulmão esquerdo; traqueia e brônquios principais pérvios e de calibre normal. Coração com dimensões normais.

Foi proposta inicialmente a ressecção do tumor com tentativa de preservação do membro. O paciente foi orientado sobre a possível desarticulação interescapulotorácica e hemitoracectomia e assentiu na proposta, sendo encaminhado ao Serviço de Psicologia.

Em 5/01/12 foi submetido à videotoracosopia exploradora, que não revelou implantes pleurais e o mediastino encontrava-se livre sem comprometimento tumoral.



Figura 1 - Aspecto pré-operatório da lesão.

Em 17/01/12, durante o peroperatório, foram observadas invasão de mediastino e infiltração da artéria e veia subclávia e do plexo braquial pelo tumor. Realizaram-se toracectomia, ressecção de tumor em mediastino, amputação do braço direito, escapulectomia e reconstrução da parede torácica com tela de márlex e metilmetacrilato e confecção de retalho fasciocutâneo (Figuras 2 e 3).



Figura 2 - Reconstrução da parede torácica com tela de márlex e metilmetacrilato.



Figura 3 - Reconstrução da parede torácica com tela de márlex e metilmetacrilato.

O paciente foi encaminhado à terapia intensiva, hemodinamicamente instável, necessitando do uso de aminas, recebendo alta para enfermaria em 20/01/12.

Boa evolução pós-operatória, alta em 30/01/12 e encaminhado à Oncologia clínica.

No pós-operatório tardio evoluiu com infecção de ferida operatória, sendo necessária retirada da prótese de metilmetacrilato.

Em seguimento ambulatorial, a análise anatomo-patológica da peça cirúrgica exibiu margens comprometidas – margem medial próxima à coluna torácica e nova tomografia computadorizada de tórax mostraram remanescente tumoral junto ao segundo arco costal posterior – próximo da coluna.

O estudo imuno-histoquímico acusou desmina – D33 negativo, actina de músculo liso 1A4 negativo, proteína S-100 policlonal negativo, CD34 – clone QBEnd10 negativo, catenina beta 14 positivo, cujos resultados caracterizam “fibromatose tipo desmoide”.

Iniciou-se uso de tamoxifeno, uma vez que o esquema quimioterápico padrão não proporciona boa resposta a esses tipos de tumores.

O paciente encontra-se com boa recuperação física e psicológica. Iniciou reabilitação para sua reinserção no mercado de trabalho (Figura 4) e está em acompanhamento psicológico, fisioterápico, oncológico e cirúrgico.



Figura 4 - Aspecto pós-operatório.

DISCUSSÃO

Os tumores desmoides, na maioria dos casos descritos, encontram-se associados à polipose ade-

nomatosa familiar (PAF), sobretudo na variante clínica denominada síndrome de Gardner, em que, além da polipose colônica, ocorrem concomitantemente tumores cutâneos (lipomas, cistos epidermóides), osteomas, malformações dentárias e retinopatia hiperpigmentada congênita.

Está subdividido, de acordo com sua localização anatômica, em intra-abdominal, abdominal e extra-abdominal. Em sua apresentação torácica, pode acometer unicamente a parede em 47% das vezes ou invadir estruturas adjacentes em 53%.²

Sua principal manifestação é a presença de massa palpável, de dor torácica e, dependendo da invasão de estruturas adjacentes, de comprometimento da amplitude dos movimentos do membro ipsilateral.^{2,3}

O tratamento consiste na ressecção cirúrgica com margens ampliadas, uma vez que seu crescimento rápido pode determinar invasão de estruturas adjacentes, mesmo se tratando de tumor de comportamento benigno.³

A realização de rádio e quimioterapia e a utilização de drogas não citotóxicas (AINEs, terapias hormonais e agentes biológicos) também devem ser consideradas, principalmente nos casos de tumores irredutíveis.³

Na era das cirurgias minimamente invasivas, parece controverso advogar grandes cirurgias, tidas como agressivas e mutilantes.

Pacientes jovens e previamente hígidos são capazes de tolerar grandes intervenções, com boa recuperação. Outro ponto a se salientar é o grande avanço na área de reabilitação. Esse ganho viabiliza a reinserção do paciente no meio social e profissional.

A equipe multiprofissional e a ação sincronizada e cooperante entre as áreas possibilitam qualidade de vida ao paciente, muitas vezes melhor que antes da cirurgia. Em alguns casos, o tumor é mais socialmente excludente que a deficiência física por amputação de segmento corporal.

A sociedade moldou-se para aceitar as deficiências físicas e mutilações. Novos aparatos, obras públicas e sociais reintegram portadores de deficiência física ao cotidiano. Entretanto, o câncer ainda é estigmatizado. Pacientes com lesões extensas são discriminados e deixados à margem, pelo aspecto físico.

Neste caso, o paciente apresentava lesão extensa em tórax, que além de extremamente dolorosa e debilitante segregava-o do convívio social e das atividades rotineiras.

Objetivou-se a ressecção completa da lesão, porém, a margem medial, próxima à coluna torácica, estava microscopicamente comprometida. A cirurgia

visou reduzir também o risco de morte do paciente, uma vez que o tumor já estava começando a ter efeito de massa no mediastino.

De fato, a ressecção não foi curativa, uma vez que foi considerada R1 – margens microscópicas comprometidas. No entanto, obteve êxito na proposta de melhora na qualidade de vida, proporcionando vida ativa e integrada como essência do tratamento.

CONCLUSÃO

O tratamento do tumor desmoide ainda constitui desafio. Esses tumores são relativamente raros, compostos de tipos histológicos heterogêneos e apresentam comportamentos biológicos diversificados.

Apesar desses dados, a desarticulação interescapulo-torácica e hemitoracectomia mostraram-se como única opção terapêutica potencialmente curativa.

O caso apresentado, mesmo após operação mutilante e radical, ainda foi considerado ressecção R1, necessitando de terapias adjuvantes para controle da doença. Considerando que se trata de paciente jovem, hígido, com tumor de crescimento lento, apesar da dimensão, essa tática terapêutica parece a mais eficaz, apesar do impacto que foi para a vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AF;Vieira LJ, Almeida EP; Nascimento ACR, Guimarães RG, Costa RRL. Tumor desmoide de parede torácica recidivado. HU Rev.2010; 36(4):344-7.
2. Priolli DG, Martinez CAR, Mazzini DLS, Souza CAF; Piovesan H, Nonose R. Tumor desmoide da parede abdominal durante a gravidez: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(5):283-8.
3. Odrizola JMM, Rodó ML, Alfara JJ; López GV. Tumor desmoide de la parede torácica: tratamiento quirúrgico o multimodal?. Cir Ciruj. 2008; 76:507-9.