

# Tumores da Parede Torácica

Walter Roriz de Carvalho\*

Os tumores da parede torácica constituem menos de 1% de todos os tumores e, destes, aproximadamente 60% são malignos.

Podem se originar em qualquer dos elementos da parede torácica (músculos, nervos, ossos, cartilagens e tecidos conectivos), sendo mais frequentes os de origem cartilaginosa ou óssea.

## I. Tumores Benignos

Os tumores benignos mais encontrados na parede torácica são a displasia fibrosa, condroma, osteocondroma, osteoblastoma e neurogênicos.

A ressecção completa destes tumores geralmente é curativa. Por vezes, a diferenciação entre lesão benigna e maligna não consegue ser feita no ato cirúrgico, mesmo com a biópsia de congelação. Nestes casos, e quando a lesão é de grande tamanho, é aconselhável reali-

zar uma biópsia incisional e aguardar o estudo histopatológico definitivo antes de proceder a uma cirurgia de maior vulto. Na displasia fibrosa, quando sintomática, a ressecção completa é curativa.

No condroma é difícil a diferenciação histológica entre ele e o condrossarcoma de baixo grau de malignidade; devido a isto, deve-se sempre realizar uma ressecção ampla do tumor (como se fosse uma lesão maligna) para prevenir a recidiva local.

O osteocondroma e o osteoblastoma são raros e a ressecção completa é curativa.

Os tumores neurogênicos podem por contiguidade envolver o esqueleto torácico; quando situados junto à coluna vertebral, podem ter uma extensão intrarraquiana (tumor em ampulheta) e exigir um acesso torácico e neurocirúrgico combinado para sua ressecção completa.

## II. Tumores Malignos

Os tumores malignos da parede torácica podem ser primários ou metastáticos. Aproximadamente 60% são tumores primários e 40% são metastáticos<sup>1</sup>; destes últimos, a sede mais frequente do tumor primário é o aparelho genito-urinário, tireóide, cólon e sarcomas<sup>2</sup>, sendo que os tumores renais e tireoidianos podem se manifestar como massa pulsátil no esterno<sup>3</sup>.

## Tipos Histológicos

Os tumores malignos primários da parede torácica têm origem principalmente nos ossos e cartilagens, compreendendo os condrossarcomas, osteossarcomas, sarcoma de Ewing, sendo as costelas mais acometidas do que o esterno. Entre os tumores de partes moles, são mais frequentes os fibrossarcomas, fibro-

\*Especialista em Cirurgia Torácica - SBPT/AMB; Livre Docente pela UFRJ; Doutor em Medicina pela UFRJ; Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - Cirurgia Torácica; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cancerologia; Coordenador da Comissão de Câncer de Pulmão da SOPTERJ; Cirurgião de Tórax do Instituto Nacional de Câncer.

histiocitoma, lipossarcoma, plasmacitoma e tumor desmóide.

## Quadro Clínico

A manifestação de massa no tórax com dor local é frequente. Por vezes, há história de traumatismo torácico prévio.

Os tumores podem ocorrer em todas as faixas etárias, embora alguns tipos histológicos sejam mais frequentes em determinadas faixas.

A ausência de dor, bem como o pequeno tamanho da lesão não afastam a possibilidade de lesão maligna. Com frequência o tumor é fixo ao gradil costal e a consistência firme é maior nos tumores osteocartilaginosos do que nos tumores de partes moles.

## Estudo Radiológico

O exame radiológico convencional em PA e perfil oferece informações valiosas: localização da lesão, comprometimento ósseo, presença de nódulos pulmonares (prováveis metástases) e derrame pleural (possível comprometimento pleural).

A tomografia computadorizada permite a melhor avaliação dos limites do tumor<sup>4</sup>, sua relação com as estruturas contíguas (escápula, diafragma, pulmões, pescoço e axilas) e o comprometimento da musculatura de parede torácica, de modo a poder prever o tipo de retalho muscular a ser utilizado.

Acintilografia óssea deve ser realizada em todos os casos de tumores ósseos ou cartilagosos para avaliar doença multifocal.

Nos tumores próximos à primeira costela ou à axila, a arteriografia permite avaliar a invasão vascular e mudar a tática cirúrgica.

## Diagnóstico

O aspecto radiológico pode ser fortemente sugestivo de um tumor osteocartilaginoso<sup>5</sup> e do plasmacitoma<sup>6</sup>.

Para indicar o tratamento, deve-se, entretanto, ter o diagnóstico histopatológico da lesão, obtido por uma biópsia incisional em área que possa ser ressecada numa futura cirurgia; a finalidade desta biópsia é a possibilidade de diagnosticar um tumor cujo tratamento inicial seja a quimioterapia, com complementação posterior com radioterapia ou cirurgia.

A exceção fica reservada a pequenos tumores (menores do que 4cm), que podem ser abordados inicialmente com uma ressecção ampliada.

As biópsias obtidas com agulhas cortantes e com múltiplos fragmentos podem, eventualmente, fornecer o diagnóstico.

A punção aspirativa com agulha fina ainda não tem rendimento definido no diagnóstico destes tumores.

## Tratamento

Os plasmacitomas são tratados adequadamente com radi-

oterapia associada ou não a quimioterapia. O sarcoma wing e os osteossarcomas são tratados com a associação de cirurgia e quimioterapia. Os condrosarcomas são quími e radiorresistentes e devem ser tratados primeiramente com cirurgia. Os tumores de partes moles são tratados com associação de cirurgia, quimioterapia e radioterapia, principalmente no grupo pediátrico.

## Tratamento Cirúrgico

A cirurgia tem papel fundamental no tratamento dos tumores de parede torácica: permite o diagnóstico histopatológico e pode remover a lesão e curar o paciente, isoladamente ou em combinação com outros métodos terapêuticos<sup>7</sup>.

Os progressos em anestesia e no suporte intra e pós-operatório do paciente, o uso racional de antibióticos, o surgimento de materiais sintéticos tolerados pelos tecidos e o desenvolvimento de novas técnicas em cirurgia plástica reconstrutora permitem amplas ressecções da parede torácica com índices de morbi mortalidade aceitáveis.

Os princípios modernos do tratamento dos tumores da parede torácica foram estabelecidos na década de 1960<sup>8</sup>.

A ressecção nos tumores da parede costal deve ser ampla, incluindo um arco costal normal acima e um abaixo da borda da lesão.

Nos tumores do esterno, a ressecção deve incluir 2 a 4cm

de costela bilateralmente e, se o seu comprometimento for extenso, pode incluir todo o esterno.

A pele e os músculos superficiais são ressecados em monobloco, quando estão invadidos pelo tumor ou quando houve uma biópsia prévia da lesão.

Pode ser necessária a ressecção parcial do diafragma, pericárdio ou do pulmão (por invasão direta ou por implantes secundários).

No planejamento da cirurgia, a participação do cirurgião plástico é importante para definir a técnica de reconstrução, quando houver necessidade de uso de retalhos musculares ou miocutâneos.

A técnica de reconstrução do defeito na parede torácica depende de sua extensão e localização, podendo ser utilizado o fechamento direto do defeito, uso de retalhos musculares ou miocutâneos, uso de telas sintéticas com ou sem reforço de

metilmetacrilato, ou com emprego do grande omento<sup>9-11</sup>.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PASS, H.I. - Primary and metastatic chest wall tumors. In: ROTH, J.A.; RUKDESCHEL, J.C. and WEISENBURGER, T.H. (eds.): Thoracic Oncology. Philadelphia, WB Saunders Co., 546-565, 1989.
2. SELTZER, P.; GAY, W.A. - Tumors of the chest wall. Surg. Clin. North Am., 60:779-789, 1980.
3. CRILLE, G. - Pulsating tumors of the sternum. AM. Surg., 103:199-209, 1936.
4. LEITMAN, B. S. - The use of computed tomography in evaluating chest wall pathology. J. Comput. Tomog., 7: 399-408, 1983.
5. WILNER, D. - Radiology of bone tumors and allied disorders. Philadelphia, WB Saunders Co., 1982.
6. TEITELBAUM, S. - Twenty-years experience with intrinsic tumors of the bony thorax at a large institution. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 63:776-782, 1972.
7. ESCHAPASSE, H.; GAILLARD, J.; HENRY, E. et al. - Chest wall tumors: surgical management. In: GRILLO, H.C. and ESCHAPASSE, H. (eds.): International trends in General Thoracic Surgery, vol.2 - Major challenges. Philadelphia, WB Saunders Co., 292-307, 1987.
8. MARTINI, N.; STARZYNSKI, T.; BEATTIE, E. - Problems in chest wall resection. Surg. Clin. North Am., 49:313-322, 1969.
9. EL-TAMER, M.; CHAGLIASSIAN, T.; MARTINI, N. - Ressecção e debridamento dos tumores da parede torácica e aspectos gerais da reconstrução. Clin. Cir. Am. Norte, 5:1033-1051, 1989.
10. McCORMACK, P.; BAINS, M.S.; BEATTIE, E.J. et al. - New trends in skeletal reconstruction after resection of chest wall tumors. Ann. Thora. Surg., 90:367-372, 1985.
11. PAIROLERO, P.C.; ARNOLD, P.G. - Chest wall tumors: experience with 100 consecutive patients. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 90:367-372, 1985.