

Artigo



Costectomia por Videotoroscopia na Displasia Fibrosa – Relato de 2 casos Thoracoscopic Rib Resection for Fibrous Dysplasia- report of 2 cases

*Lais Mendes Rocha¹,
Carlos Henrique R Boasquevisque²*

Resumo

A displasia fibrosa é a lesão benigna costal mais frequente. A abordagem cirúrgica é feita geralmente para confirmação diagnóstica ou para tratamento dos casos sintomáticos, geralmente por dor. Esta pode ser através da toracotomia convencional ou por técnicas minimamente invasivas. Relatamos 2 pacientes sintomáticos (dor), com lesões costais insuflantes e com corticais preservadas, sugerindo displasia fibrosa. A ressecção costal foi híbrida, por videotoroscopia utilizando-se uma pinça de energia e 2 incisões acessórias, anterior e posterior, sobre a costela de interesse que foi seccionada com costótomo convencional. A evolução pós-operatória foi rápida bem como o retorno às atividades diárias pela preservação muscular obtida com essa técnica.

Abstract

Fibrous dysplasia is the most frequent benign costal lesion. Surgery is performed for diagnosis or treatment of symptomatic cases, chiefly pain. Surgical approaches are a full thoracotomy or videothoracoscopy. Here, we report on 2 symptomatic patients with fusiform costal lesions preserving the bone cortex. Rib resection was achieved using a hybrid approach with videothoracoscopy for rib dissection including sealing of the intercostal bundle with an energy device and 2 accessory incisions over the rib to be resected. Through the accessory incisions the ribs were cut with the aid of a rib shear. Postoperative course was uneventful with fast return to daily activities.

Keywords: fibrous dysplasia, rib resection, videotoracoscopy.

1- Residente do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Clementino Fraga filho-UFRJ

2- Professor Associado de Cirurgia Torácica, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina-UFRJ

Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255, HUCFF, 10o andar, secretaria da cirurgia de tórax, Cidade Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 21941-617.

Email: cboasquevisque@gmail.com

A displasia fibrosa (DF) é um distúrbio caracterizado por substituição da medula óssea por tecido conjuntivo, que ocorre devido a uma mutação no gene 20q13.2. As células estromais da medula óssea são células tronco multipotentes que podem se diferenciar em osteoblastos, osteócitos, condrócitos, adipócitos, etc. Na DF, essas células tronco diferenciam-se na linhagem osteogênica, porém ao invés de completar a diferenciação, proliferam-se, dando origem a massas fibrosas.

Pode apresentar-se de três formas: 1) Monostótica 2) Poliostótica ou 3) Craniofacial

Setenta a oitenta por cento dos casos são da forma monostótica. É o tumor benigno de costela mais comum, correspondendo a 30% dos tumores benignos de parede torácica.

O aspecto radiográfico é de uma lesão expansiva, fusiforme, trabeculada, com espessamento da cortical e aspecto central em vidro fosco, gerando deformidade do arco costal em sua porção lateral ou posterior.

Normalmente essas lesões são assintomáticas e de crescimento lento. Costumam dar sintomas quando crescem o suficiente para ter efeito compressivo, ou quando ocorre fratura patológica, levando a dor. A gravidez pode aumentar a atividade da doença, podendo gerar sintomas.

A degeneração maligna é muito rara, não sendo necessária a ressecção da lesão a não ser em caso de dúvida diagnóstica ou presença de sintomas.

Relato de caso #1:

AGR, sexo masculino, 50 anos, procurou atendimento médico ambulatorial devido a dor torácica do tipo pressão no hemitórax direito. Realizou investigação cardiológica, sendo excluída doença coronariana. Tomografia de tórax evidenciou lesão insuflante da 4ª costela direita (Figura 1), sendo então indicada ressecção costal por videotoracoscopia para diagnóstico.

Devido ao histórico de atleta do paciente, optamos por uma abordagem híbrida de ressecção, evitando-se assim uma torcotomia e grande secção muscular, o que prejudicaria o retorno do paciente a sua vida normal.

Inicialmente, foi realizado um acesso de 10mm no 8º espaço intercostal, linha axilar posterior para passagem da ótica de 30º. Após identificação da lesão, utilizamos um portal de 5mm para uso de pinça de energia (Ligasure®, Covidien) e lise de aderência do pulmão com a parede torácica (Figura 2). Em seguida, identificamos o limite posterior e anterior da lesão costal, sendo realizadas incisões anterior e posterior, na topografia do 4º arco costal a ser ressecado, de cerca de 3cm cada e secção da costela com costótomo (Figuras 3, 4 e 5). Toda a liberação da costela foi feita com auxílio da pinça de energia através do portal de 5mm; não houve nenhuma dificuldade com os vasos intercostais usando-se o dispositivo selador. Por fim, após a liberação de toda a costela

e retirada da peça, posicionamos um dreno número 26 através do portal de 10mm. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória (Figura 6), recebendo alta após 5 dias de pós-operatório. Patologia confirmou displasia fibrosa.



Figura 1. TC com reconstrução 3D mostrando lesão insuflante de quarta costela

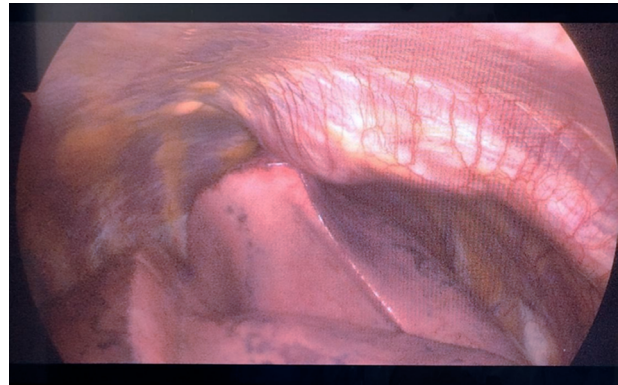


Figura 2. Aspecto intra-operatório: aderências pulmonares e lesão costal



Figura 3. Peça cirúrgica: segmento da 4ª costela com a lesão insuflante. Margem de 4cm para cada lado na costela



Figura 4. Campo cirúrgico: incisão posterior para secção de costela



Figura 5. Campo cirúrgico: Incisão anterior para secção de costela; local de saída do dreno - portal para ótica de 10 mm e portal de 5mm para instrumento de energia (Ligasure, Covidien)

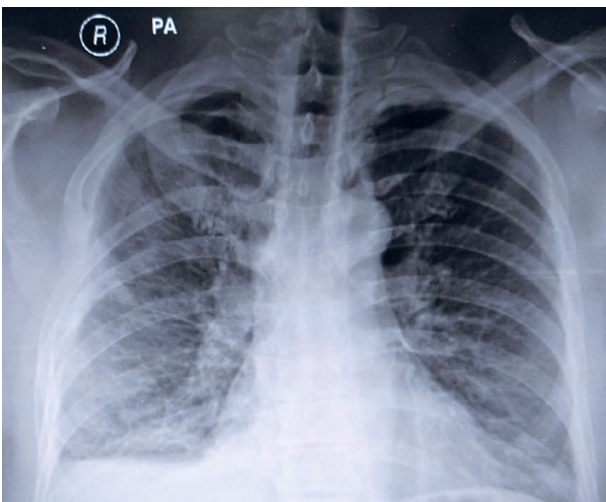


Figura 6. Rx pós operatório

RELATO DE CASO #2

J.A.F.A, 42 anos, deu entrada no serviço de emergência devido a dor em hemitórax direito, incapacitante, de início súbito. Realizada tomografia de tórax que evidenciou lesão expansiva em 5o arco costal, fusiforme com espessamento e preservação da cortical (Figuras 7 e 8).

Submetido a ressecção costal por videotoroscopia, utilizando mesma técnica cirúrgica descrita no caso #1. Durante a cirurgia, notou-se que havia fratura patológica do arco, o que justificava a dor (Figura 9). Recebeu alta no sexto dia de pós operatório e o histopatológico confirmou displasia fibrosa.



Figura 7. Aspecto tomográfico, reconstrução 3D, lesão expansiva da 5a costela direita.

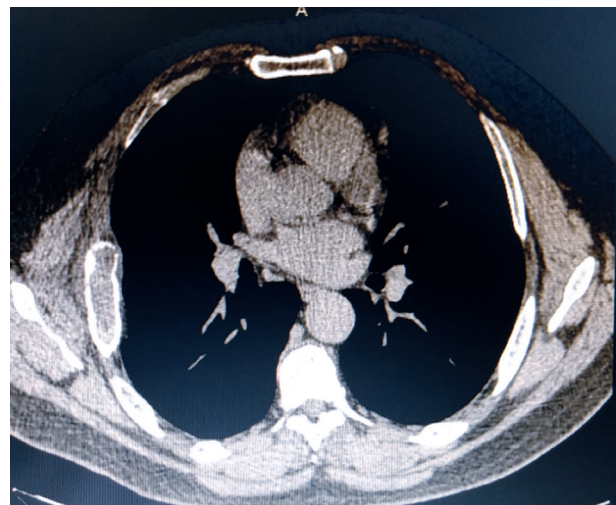


Figura 8. Aspecto tomográfico corte axial, mostrando lesão fusiforme com cortical óssea preservada.

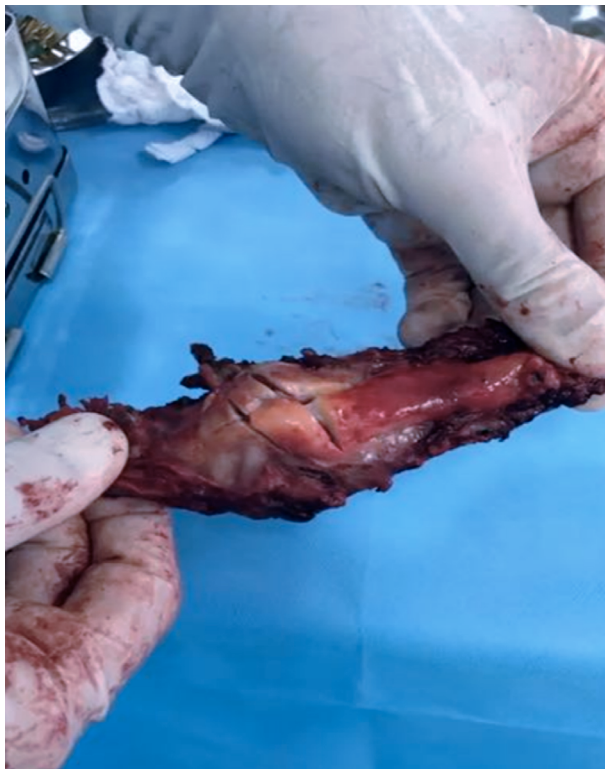


Figura 9. Peça cirúrgica, mostrando foco de fratura . Segmento costal com margem de 4cm para cada lado na costela.

Discussão

A displasia fibrosa é um distúrbio pseudo-tumoral, com raro potencial de transformação maligna, que pode ser diagnosticada através de exames de imagem, não sendo necessária comprovação histológica. Na maioria dos casos, é monostótica, assintomática e não requer tratamento, apenas acompanhamento radiológico. Quando há sintomatologia, requer tratamento, podendo ser clínico com o uso de bisfosfonados venosos que podem aliviar dor óssea ou cirúrgico.

Normalmente, a displasia fibrosa costal ocorre na porções laterais ou posteriores das costelas. A abordagem cirúrgica pode ser por toracotomia com secção dos músculos grande dorsal, trapézio e serrátil anterior e ressecção do segmento costal acometido, com margens livres, o que acarreta em grande destruição muscular, dor no pós-operatório e recuperação demorada.

Há diversos relatos na literatura de ressecções costais por vídeo, boa parte, ressecção de primeira costela devido a síndrome do desfiladeiro torácico. As técnicas descritas costumam utilizar costótomos endoscópicos, o que aumenta consideravelmente o custo do procedimento.

Os casos descritos tem relevância clínica pois mostram uma alternativa a toracotomia para ressecção de lesões benignas de costela, utilizando instrumentos simples, amplamente disponíveis, diminuindo o trauma cirúrgico e a morbidade pós-operatória.

Uma vez que a displasia fibrosa pode ser facilmente diagnosticada através de métodos de imagem, é possível oferecer, aos pacientes sintomáticos uma opção menos invasiva para tratamento desta condição.

Referências

1. Lacoma Latre, E. M., Sánchez Lalana, E., & Bescós Marín, J. M. (2017). Displasia fibrosa costal. *Medicina Clínica*, 148(9), e51. doi:10.1016/j.medcli.2016.06.019
2. Anitha, N., Sankari, S., Malathi, L., & Karthick, R. (2015). Fibrous dysplasia-recent concepts. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 7(5), 173. doi:10.4103/0975-7406.155892
3. Hughes, E. K., James, S. L. J., Butt, S., Davies, A. M., & Saifuddin, A. (2006). Benign primary tumours of the ribs. *Clinical Radiology*, 61(4), 314–322. doi:10.1016/j.crad.2005.12.005
4. Thomas, M., & Shen, K. R. (2017). Primary Tumors of the Osseous Chest Wall and Their Management. *Thoracic Surgery Clinics*, 27(2), 181–193. doi:10.1016/j.thorsurg.2017.01.012
5. Mahadevappa, A., Patel, S., Ravishankar, S., & Manjunath, G. V. (2012). Monostotic Fibrous Dysplasia of the Rib: A Case Report. *Case Reports in Orthopedics*, 2012, 1–5. doi:10.1155/2012/690914
6. Furukawa, M., Soh, J., Toyooka, S., Ozaki, T., & Miyoshi, S. (2012). Resection of the entire first rib for fibrous dysplasia using a combined posterior-transmanubrial approach. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 60(9), 584–586. doi:10.1007/s11748-012-0044-0
7. Kransdorf MJ, Moser RP Jr, Gilkey FW. Fibrous dysplasia. *Radiographics*. 1990;10:519–37.
8. Ocakcioglu, I., Ermerak, N. O., & Yuksel, M. (2018). Total Rib Resection Via Uniportal Thoracoscopic Approach. *The Annals of Thoracic Surgery*. doi:10.1016/j.athoracsur.2018.03.082
9. Traibi, A., El Oueriachi, F., El Hammoumi, M., Al Bouzidi, A., & Kabiri, E. H. (2011). Monostotic fibrous dysplasia of the ribs. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 14(1), 41–43. doi:10.1093/icvts/ivr048
10. Kemp, C. D., Rushing, G. D., Rodic, N., McCarthy, E., & Yang, S. C. (2012). Thoracic Outlet Syndrome Caused by Fibrous Dysplasia of the First Rib. *The Annals of Thoracic Surgery*, 93(3), 994–996.