

O câncer ósseo pode ser primitivo do osso ou metastático, isto é: vindo de outros órgãos. Esses últimos são mais freqüentes e, comumente, oriundos da próstata, mama, tireóide, pulmão e rim. O câncer ósseo primário é pouco freqüente. Mesmo assim, surgem no Brasil, aproximadamente, 2.700 casos novos por ano. Os tipos mais freqüentes desses tumores são: osteossarcoma, tumor de Ewing e condrossarcoma.

As amputações e as desarticulações foram os procedimentos clássicos para o tratamento da maioria dessas lesões até a década de 70. Cerca de 85% dos portadores de osteossarcoma e sarcoma de Ewing, morriam entre o primeiro e segundo anos de vida após o diagnóstico, em consequência da disseminação pulmonar. Os dez últimos anos foram marcados por grande impacto no diagnóstico, tratamento, sobrevida e qualidade de vida desses pacientes. Esse impacto positivo ocorreu, fundamentalmente, pelo aparecimento dos aspectos biológicos dessas doenças e pelo enfoque multidisciplinar de tratamento e reabilitação.

O diagnóstico definitivo desses tumores é dado pela biópsia e pelo exame anatomopatológico. A biópsia deve ser feita por cirurgião experiente para não comprometer a cirurgia definitiva. Uma das causas que ainda levam à amputação é uma biópsia mal situada, com significativa contaminação local pelo tumor.

a) osteossarcoma

O osteossarcoma é o mais comum dos tumores malignos primários dos ossos. Tem preferência pelo sexo masculino; incidindo, principalmente, em crianças e adultos jovens; podendo ocorrer em qualquer osso ou mesmo em partes moles; mas, na maioria das vezes, acomete o úmero e a tíbia proximais e o fêmur distal.

A dor e/ou aumento de volume locais são os primeiros sintomas. O diagnóstico precoce é fator importante para o prognóstico e o uso de cirurgias preservadoras do membro, o que nos obriga a afastar a possibilidade de osteossarcoma em qualquer criança ou adulto jovem que apresente dor, principalmente, nas porções proximais do úmero e tíbia do fêmur distal. Cerca de 80% dos pacientes já tem doença distante por ocasião do diagnóstico.

A partir da década de 70, o uso da quimioterapia com drogas efetivas no osteossarcoma não-metastático, passou a ser método rotineiro na estratégia do tratamento, nos grandes centros especializados. Com essa abordagem multidisciplinar, o número de cirurgias conservadoras aumentou e as taxas de sobrevida livre de doença passaram a ser de 50 a 70%. O Hospital A. C. Camargo é pioneiro no tratamento multidisciplinar, com índices de sobrevida comparáveis àqueles dos melhores centros do mundo.

Não há diferença estatisticamente significativa nos índices de sobrevida dos pacientes submetidos à cirurgia conservadora, quando comparados às cirurgias com perda do membro.

Esse estudo pioneiro em nosso meio, além de mostrar a factibilidade do método, permitiu melhora expressiva na sobrevida e qualidade de vida. O segredo para se fazer cirurgia conservadora, sem perda de membro, é o diagnóstico precoce. O Hospital A. C. Camargo é, também, pioneiro na realização das hemipelvectomias internas totais; ou seja, cirurgia em que se retira todo o osso ilíaco em monobloco com o tumor e preserva o membro, assim como, também da cirurgia de Tikhoff-Linberg, onde se retira a escápula, úmero proximal, parte da clavícula em monobloco com o tumor, preservando-se o braço. Esses tipos de cirurgias são muito gratificantes pela excelente qualidade de vida, quando comparados às amputações interílioabdominal e interescapulotorácica, onde os pacientes perdiam os membros.

Hoje, com o tratamento agressivo, usando-se várias drogas, cerca de 60% a 70% dos pacientes com osteossarcoma, sem doença metastática, podem ser curados.

Os progressos na cirurgia oncológica ortopédica proporcionam a alternativa de poupar o membro em pelo menos metade dos pacientes com esse tumor. O segredo para a cura e preservação de membro está no diagnóstico precoce.

b) sarcoma de Ewing

O sarcoma de Ewing é o segundo tumor ósseo maligno mais comum na infância. Na maioria dos pacientes, o sintoma de apresentação é a dor. Dois terços deles apresentam tumor palpável e, aproximadamente, um quinto aparece com febre; fator que, inicialmente, induz a diagnóstico errôneo de osteomielite. Os sintomas locais mais comuns são: dor e aumento de volume. Os sítios mais comuns de envolvimento são os pulmões, ossos e medula

óssea.

Na época em que a cirurgia e/ou radioterapia eram usadas para o tratamento da doença, mesmo quando se conseguia o controle local, mais de 90% dos pacientes morriam por doença metastática.

Os progressos obtidos com o enfoque multidisciplinar nas duas últimas décadas, resultaram na expectativa de que mais de 60% dos pacientes com doença localizada podem ser curados.

No período de 1984 a 1992, 66 portadores de tumor de Ewing foram tratados no Hospital A. C. Camargo (Departamento de Oncologia Pediátrica e Cirurgia Pélvica), com idade média de 10 anos (2 a 18 anos). A sobrevida global foi de 63,5% com segmento médio de 5 anos (4 meses a 8 anos).

Atualmente, no Hospital A. C. Camargo, o tumor de Ewing é tratado usando-se quimioterapia pré-operatória com posterior cirurgia ou radioterapia e quimioterapia pós-operatória.

c) condrossarcoma

O condrossarcoma é um tumor maligno cujo tecido neoplásico fundamental é constituído por cartilagem bem desenvolvida. Esse tumor ocorre, principalmente, em adultos entre os 30 e 60 anos e se localiza com maior freqüência no fêmur, tíbia, úmero, escápula, costelas e osso ilíaco. Comumente, são tumores bem diferenciados, de crescimento lento e com taxas de metástases menores que o osteossarcoma e o sarcoma de Ewing.

A cirurgia é a principal forma de tratamento dos condrossarcomas. O princípio básico da cirurgia é fazer-se uma ressecção com amplas margens de segurança, evitando-se a recidiva (um dos fatores de mau prognóstico).