

GRANDES TUMORES MALIGNOS DA JUNÇÃO CERVICOTORÁCICA: SÉRIE DE CASOS SOBRE FATORES PREDITIVOS DE RESSECÇÃO EM UMA ÚNICA INSTITUIÇÃO

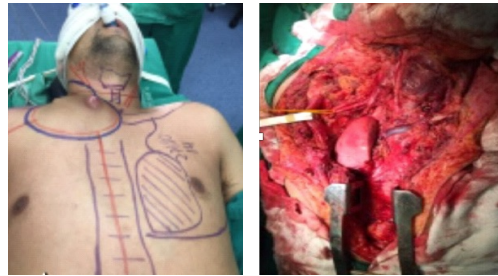
Silva, J.M., Farias, T.P., Dias, F.L., Moretzsohn, P.F., Gonçalves, P.H., Calhau, R.F.
Instituto Nacional do Câncer – INCA – Rio de Janeiro/ RJ - Brasil

Introdução

Os tumores de cabeça e pescoço podem desenvolver metástases linfonodais para junção cervicotorácica, ou até mesmo apresentar seu surgimento primário com extensão a esta localização. Estes casos representam um desafio ao cirurgião, devido à grande complexidade anatômica, onde se encontram importantes estruturas neurovasculares. Esse estudo é uma série de casos, realizado através de revisão de dados de prontuários físicos e eletrônicos do Instituto Nacional do Câncer (INCA, Rio de Janeiro, Brasil). Foram incluídos dez pacientes, com idade de 2 a 73 anos, entre os anos de 2014 e 2019. Os mesmos apresentavam massas tumorais volumosas, localizadas na região da transição cervicotorácica, com invasão de estruturas mediastinais adjacentes. Os tipos histológicos encontrados foram sarcoma de Ewing, carcinoma escamocelular de laringe, hemangiopericitoma, carcinoma papilífero de tireóide, linfoma, lipoblastoma, carcinoma anaplásico de tireóide, lipossarcoma e sarcoma fusocelular. Nessa apresentação, demonstramos alguns dos casos mais marcantes dessa série.

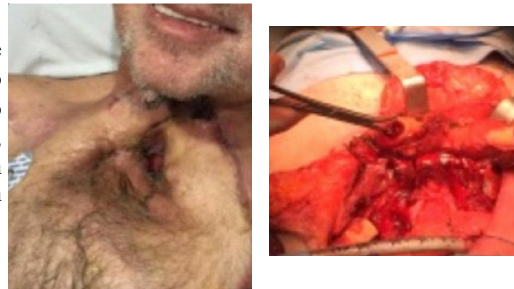
Caso 1

Paciente, masculino, de 27 anos, apresentando massa em região de clavícula direita, endurecida, de aproximadamente 15 centímetros, foi submetido à cervicotomia exploradora, associada à esternotomia e ressecção da clavícula e musculatura peitoral do mesmo lado, com reconstrução com retalho peitoral maior contra-lateral.



Caso 2

Homem, 66 anos, com carcinoma escamocelular de laringe recidivado após laringectomia total e radioterapia, com lesão peritraqueal, e acometimento de mediastino superior e invasão do manúbrio. Foi submetido à ressecção da lesão em bloco, em conjunto da traqueia, manúbrio e clavícula esquerda, com confecção de traqueostoma trans-esternal e fechamento com retalho miocutâneo do músculo deltopeitoral bilateral.



Caso 3

Homem de 73 anos, com história de tireoidectomia total e metástase linfonodal, operada fora da instituição, apresentou lesão lobulada, medindo 3,1x3,7 cm, localizada no mediastino anterior, em situação paratraqueal esquerda, deslocando via aérea sem evidente invasão e sem plano de clivagem com o esfôfago cervical. Foi submetido à ressecção de massa cervical por acesso de cervicotomia e esternotomia. Nervo laríngeo recorrente e nervo frênico foram sacrificados e, por isso, uma traqueostomia foi confeccionada. Nervo vago se encontrava aderido ao tumor, porém sem invasão, permitindo sua preservação.



Caso 4

Homem, 66 anos, com diagnóstico de Sarcoma fusocelular em região supraclavicular esquerda, de aproximadamente 20x15cm. Foi submetido à ressecção completa do tumor com parte da clavícula e reconstrução com retalho de músculo peitoral maior com ilha de pele. Durante o procedimento, foi preservada a veia jugular interna e sacrifício do nervo acessório.



Caso 5

Paciente de 2 anos de idade, sexo feminino, apresentava lipoblastoma no mediastino anterior à esquerda, intimamente relacionada ao timo, medindo 6,7x4,8x6,7cm, com extensão e até a parede torácica, deslocando a musculatura peitoral, com leve compressão da veia braquiocefálica esquerda. Foi submetida à esternotomia mediana até o primeiro espaço intercostal, para ressecção da lesão.

Após perda de seguimento de um ano, foi submetida a nova esternotomia mediana e ressecção do terço proximal da clavícula esquerda para exposição de recidiva tumoral. Foi necessário o sacrifício do terço proximal da clavícula esquerda, veia jugular interna esquerda, veia subclávia esquerda e tronco braquiocefálico esquerdo, cartilagens intercostais do segundo e terceiro espaços e lobectomia de lobo superior do pulmão esquerdo, uma vez que as referidas estruturas se encontravam aderidas à massa tumoral.



Discussão e Conclusão

Tumores primários e metastáticos não-bronco-gênicos da região cérvico-torácica são incomuns e podem surgir a partir de quaisquer elementos histológicos. Um acesso cérvico-torácico extenso é fundamental. Os retalhos do músculo peitoral maior e deltopeitoral podem ser utilizados. Não indicamos a microcirurgia, devido ao prolongado tempo de ressecção tumoral e perda sanguínea. Em nossos casos, das dez abordagens cirúrgicas, em cinco foi necessária a ressecção da clavícula, para exposição da lesão ou pela invasão tumoral. Em seis casos, foi realizada a esternotomia associada à incisão em taco de hóquei. Em quatro casos, a neoplasia apresentava acometimento do tecido cutâneo, sendo crucial a extensão da ressecção para a pele. Uma vez que esses tumores são volumosos e agressivos, qualquer tentativa cirúrgica é justificável, se nenhuma outra opção de tratamento oferecer chance equivalente de cura. Essa série demonstra alguns casos no nosso serviço, que refletem a raridade e heterogeneidade dessa doença e fornecem evidências de que neoplasias da região cérvico-torácica (primárias ou metastáticas) podem ser gerenciadas com sucesso, com ressecção cirúrgica ampla e radical.

BIBLIOGRAFIA

- Korst, R. J., & Burt, M. E. (1998). Cervicothoracic Tumors: Results Of Resection By The "Hemi-Clamshell" Approach. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 115(2), 286–295. doi:10.1016/s0022-5223(98)70271-5
- Kraus, D. H., Huo, J., & Burt, M. (1995). Surgical access to tumors of the cervicothoracic junction. *Head & Neck*, 17(2), 131–136. doi:10.1002/hed.2880170210
- Macchiarini, et al (1993). Technique for resecting primary metastatic nonbronchogenic tumors of the thoracic outlet. *The Annals of Thoracic Surgery*, 55(3), 611–618. doi:10.1016/0003-4975(93)90263-h
- De Corti, F., et al. (2012). The surgical approach for cervicothoracic masses in children. *Journal of Pediatric Surgery*, 47(9), 1662–1668. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.03.087



GRANDES TUMORES MALIGNOS DA JUNÇÃO CERVICOTORÁCICA: SÉRIE DE CASOS SOBRE FATORES PREDITIVOS DE RESSECÇÃO EM UMA ÚNICA INSTITUIÇÃO

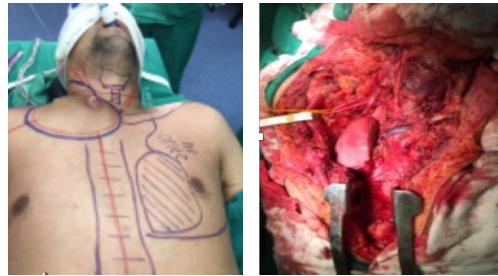
Silva, J.M., Farias, T.P., Dias, F.L., Moretzsohn, P.F., Gonçalves, P.H., Calhau, R.F.
Instituto Nacional do Câncer – INCA – Rio de Janeiro/ RJ - Brasil

Introdução

Os tumores de cabeça e pescoço podem desenvolver metástases linfonodais para junção cervicotorácica, ou até mesmo apresentar seu surgimento primário com extensão a esta localização. Estes casos representam um desafio ao cirurgião, devido à grande complexidade anatômica, onde se encontram importantes estruturas neurovasculares. Esse estudo é uma série de casos, realizado através de revisão de dados de prontuários físicos e eletrônicos do Instituto Nacional do Câncer (INCA, Rio de Janeiro, Brasil). Foram incluídos dez pacientes, com idade de 2 a 73 anos, entre os anos de 2014 e 2019. Os mesmos apresentavam massas tumorais volumosas, localizadas na região da transição cervicotorácica, com invasão de estruturas mediastinais adjacentes. Os tipos histológicos encontrados foram sarcoma de Ewing, carcinoma escamocelular de laringe, hemangiopericitoma, carcinoma papilífero de tireóide, linfoma, lifoblastoma, carcinoma anaplásico de tireóide, lipossarcoma e sarcoma fusocelular. Nessa apresentação, demonstramos alguns dos casos mais marcantes dessa série.

Caso 1

Paciente, masculino, de 27 anos, apresentando massa em região de clavícula direita, endurecida, de aproximadamente 15 centímetros, foi submetido à cervicotomia exploradora, associada à esternotomia e ressecção da clavícula e musculatura peitoral do mesmo lado, com reconstrução com retalho peitoral maior contra-lateral.



Caso 2

Homem, 66 anos, com carcinoma escamocelular de laringe recidivado após laringectomia total e radioterapia, com lesão peritraqueal, e acometimento de mediastino superior e invasão do manúbrio. Foi submetido à ressecção da lesão em bloco, em conjunto da traqueia, manúbrio e clavícula esquerda, com confecção de traqueostoma trans-esternal e fechamento com retalho miocutâneo do músculo deltopeitoral bilateral.



Caso 3

Homem de 73 anos, com história de tireoidectomia total e metástase linfonodal, operada fora da instituição, apresentou lesão lobulada, medindo 3,1x3,7 cm, localizada no mediastino anterior, em situação paratraqueal esquerda, deslocando via aérea sem evidente invasão e sem plano de clivagem com o esfôago cervical. Foi submetido à ressecção de massa cervical por acesso de cervicotomia e esternotomia. Nervo laríngeo recorrente e nervo frênico foram sacrificados e, por isso, uma traqueostomia foi confeccionada. Nervo vago se encontrava aderido ao tumor, porém sem invasão, permitindo sua preservação.



Caso 4

Homem, 66 anos, com diagnóstico de Sarcoma fusocelular em região supraclavicular esquerda, de aproximadamente 20x15cm. Foi submetido à ressecção completa do tumor com parte da clavícula e reconstrução com retalho de músculo peitoral maior com ilha de pele. Durante o procedimento, foi preservada a veia jugular interna e sacrifício do nervo acessório.



Caso 5

Paciente de 2 anos de idade, sexo feminino, apresentava lipoblastoma no mediastino anterior à esquerda, intimamente relacionada ao timo, medindo 6,7x4,8x6,7cm, com extensão e até a parede torácica, deslocando a musculatura peitoral, com leve compressão da veia braquiocefálica esquerda. Foi submetida à esternotomia mediana até o primeiro espaço intercostal, para ressecção da lesão.

Após perda de seguimento de um ano, foi submetida a nova esternotomia mediana e ressecção do terço proximal da clavícula esquerda para exposição de recidiva tumoral. Foi necessário o sacrifício do terço proximal da clavícula esquerda, veia jugular interna esquerda, veia subclávia esquerda e tronco braquiocefálico esquerdo, cartilagens intercostais do segundo e terceiro espaços e lobectomia de lobo superior do pulmão esquerdo, uma vez que as referidas estruturas se encontravam aderidas à massa tumoral.



Discussão e Conclusão

Tumores primários e metastáticos não-broncogênicos da região cérvico-torácica são incomuns e podem surgir a partir de quaisquer elementos histológicos. Um acesso cérvico-torácico extenso é fundamental. Os retalhos do músculo peitoral maior e deltopeitoral podem ser utilizados. Não indicamos a microcirurgia, devido ao prolongado tempo de ressecção tumoral e perda sanguínea. Em nossos casos, das dez abordagens cirúrgicas, em cinco foi necessária a ressecção da clavícula, para exposição da lesão ou pela invasão tumoral. Em seis casos, foi realizada a esternotomia associada à incisão em taco de hóquei. Em quatro casos, a neoplasia apresentava acometimento do tecido cutâneo, sendo crucial a extensão da ressecção para a pele. Uma vez que esses tumores são volumosos e agressivos, qualquer tentativa cirúrgica é justificável, se nenhuma outra opção de tratamento oferecer chance equivalente de cura. Essa série demonstra alguns casos no nosso serviço, que refletem a raridade e heterogeneidade dessa doença e fornecem evidências de que neoplasias da região cérvico-torácica (primárias ou metastáticas) podem ser gerenciadas com sucesso, com ressecção cirúrgica ampla e radical.

BIBLIOGRAFIA

- Korst, R. J., & Burt, M. E. (1998). Cervicothoracic Tumors: Results Of Resection By The "Hemi-Clamshell" Approach. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 115(2), 286–295. doi:10.1016/s0022-5223(98)70271-5
- Kraus, D. H., Huo, J., & Burt, M. (1995). Surgical access to tumors of the cervicothoracic junction. *Head & Neck*, 17(2), 131–136. doi:10.1002/hed.2880170210
- Macchiarini, et al (1993). Technique for resecting primary metastatic nonbronchogenic tumors of the thoracic outlet. *The Annals of Thoracic Surgery*, 55(3), 611–618. doi:10.1016/0003-4975(93)90263-h
- De Corti, F., et al. (2012). The surgical approach for cervicothoracic masses in children. *Journal of Pediatric Surgery*, 47(9), 1662–1668. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.03.087

GRANDES TUMORES MALIGNOS DA JUNÇÃO CERVICOTORÁCICA: SÉRIE DE CASOS SOBRE FATORES PREDITIVOS DE RESSECÇÃO EM UMA ÚNICA INSTITUIÇÃO

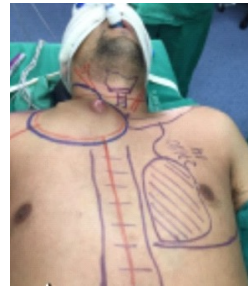
Silva, J.M., Farias, T.P., Dias, F.L., Moretzsohn, P.F., Gonçalves, P.H., Calhau, R.F.
Instituto Nacional do Câncer – INCA – Rio de Janeiro/ RJ - Brasil

Introdução

Os tumores de cabeça e pescoço podem desenvolver metástases linfonodais para junção cervicotorácica, ou até mesmo apresentar seu surgimento primário com extensão a esta localização. Estes casos representam um desafio ao cirurgião, devido à grande complexidade anatômica, onde se encontram importantes estruturas neurovasculares. Esse estudo é uma série de casos, realizado através de revisão de dados de prontuários físicos e eletrônicos do Instituto Nacional do Câncer (INCA, Rio de Janeiro, Brasil). Foram incluídos dez pacientes, com idade de 2 a 73 anos, entre os anos de 2014 e 2019. Os mesmos apresentavam massas tumorais volumosas, localizadas na região da transição cervicotorácica, com invasão de estruturas mediastinais adjacentes. Os tipos histológicos encontrados foram sarcoma de Ewing, carcinoma escamocelular de laringe, hemangiopericitoma, carcinoma papilífero de tireóide, linfoma, lifoblastoma, carcinoma anaplásico de tireóide, lipossarcoma e sarcoma fusocelular. Nessa apresentação, demonstramos alguns dos casos mais marcantes dessa série.

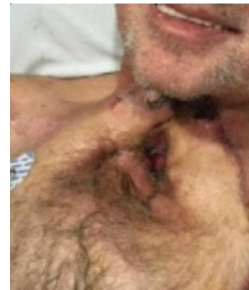
Caso 1

Paciente, masculino, de 27 anos, apresentando massa em região de clavícula direita, endurecida, de aproximadamente 15 centímetros, foi submetido à cervicotomia exploradora, associada à esternotomia e ressecção da clavícula e musculatura peitoral do mesmo lado, com reconstrução com retalho peitoral maior contralateral.



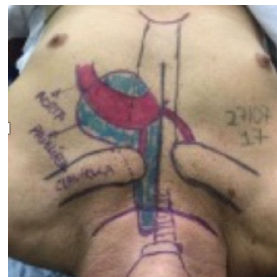
Caso 2

Homem, 66 anos, com carcinoma escamocelular de laringe recidivado após laringectomia total e radioterapia, com lesão peritraqeal, e acometimento de mediastino superior e invasão do manúbrio. Foi submetido à ressecção da lesão em bloco, em conjunto da traqueia, manúbrio e clavícula esquerda, com confecção de traqueostoma trans-esternal e fechamento com retalho miocutâneo do músculo deltopeitoral bilateral.



Caso 3

Homem de 73 anos, com história de tireoidectomia total e metástase linfonodal, operada fora da instituição, apresentou lesão lobulada, medindo 3,1x3,7 cm, localizada no mediastino anterior, em situação paratraqueal esquerda, deslocando via aérea sem evidente invasão e sem plano de clivagem com o esôfago cervical. Foi submetido à ressecção de massa cervical por acesso de cervicotomia e esternotomia. Nervo laríngeo recorrente e nervo frênico foram sacrificados e, por isso, uma traqueostomia foi confeccionada. Nervo vago se encontrava aderido ao tumor, porém sem invasão, permitindo sua preservação.



Caso 4

Homem, 66 anos, com diagnóstico de Sarcoma fusocelular em região supraclavicular esquerda, de aproximadamente 20x15cm. Foi submetido à ressecção completa do tumor com parte da clavícula e reconstrução com retalho de músculo peitoral maior com ilha de pele. Durante o procedimento, foi preservada a veia jugular interna e sacrifício do nervo acessório.



Caso 5

Paciente de 2 anos de idade, sexo feminino, apresentava lipoblastoma no mediastino anterior à esquerda, intimamente relacionada ao timo, medindo 6,7x4,8x6,7cm, com extensão e até a parede torácica, deslocando a musculatura peitoral, com leve compressão da veia braquiocéfálica esquerda. Foi submetida à esternotomia mediana até o primeiro espaço intercostal, para ressecção da lesão.

Após perda de seguimento de um ano, foi submetida a nova esternotomia mediana e ressecção do terço proximal da clavícula esquerda para exposição de recidiva tumoral. Foi necessário o sacrifício do terço proximal da clavícula esquerda, veia subclávia esquerda e tronco braquiocéfálico esquerdo, cartilagens intercostais do segundo e terceiro espaços e lobectomia de lobo superior do pulmão esquerdo, uma vez que as referidas estruturas se encontravam aderidas à massa tumoral.



Discussão e Conclusão

Tumores primários e metastáticos não-broncogênicos da região cérvico-torácica são incomuns e podem surgir a partir de quaisquer elementos histológicos. Um acesso cérvico-torácico extenso é fundamental. Os retalhos do músculo peitoral maior e deltopeitoral podem ser utilizados. Não indicamos a microcirurgia, devido ao prolongado tempo de ressecção tumoral e perda sanguínea. Em nossos casos, das dez abordagens cirúrgicas, em cinco foi necessária a ressecção da clavícula, para exposição da lesão ou pela invasão tumoral. Em seis casos, foi realizada a esternotomia associada à incisão em taco de hóquei. Em quatro casos, a neoplasia apresentava acometimento do tecido cutâneo, sendo crucial a extensão da ressecção para a pele. Uma vez que esses tumores são volumosos e agressivos, qualquer tentativa cirúrgica é justificável, se nenhuma outra opção de tratamento oferecer chance equivalente de cura. Essa série demonstra alguns casos no nosso serviço, que refletem a raridade e heterogeneidade dessa doença e fornecem evidências de que neoplasias da região cérvico-torácica (primárias ou metastáticas) podem ser gerenciadas com sucesso, com ressecção cirúrgica ampla e radical.

BIBLIOGRAFIA

- Korst, R. J., & Burt, M. E. (1998). Cervicothoracic Tumors: Results Of Resection By The "Hemi-Clamshell" Approach. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 115(2), 286–295. doi:10.1016/s0022-5223(98)70271-5
- Kraus, D. H., Huo, J., & Burt, M. (1995). Surgical access to tumors of the cervicothoracic junction. *Head & Neck*, 17(2), 131–136. doi:10.1002/hed.2880170210
- Macchiarini, et.al (1993). Technique for resecting primary metastatic nonbronchogenic tumors of the thoracic outlet. *The Annals of Thoracic Surgery*, 55(3), 611–618. doi:10.1016/0003-4975(93)90263-h
- De Corti, F., et al. (2012). The surgical approach for cervicothoracic masses in children. *Journal of Pediatric Surgery*, 47(9), 1662–1668. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.03.087