



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 6 • Setembro 2008

# Metástase no esterno: primeira manifestação de adenocarcinoma renal

## Sternal metastasis: first manifestation of an adenocarcinoma of the kidney

*Margarita González-Onandia López<sup>1</sup>, Mário Rui Matias<sup>2</sup>, Carlos Quintana<sup>3</sup>, Conceição Azeda<sup>4</sup>, Manuel Vieira<sup>5</sup>, Vítor Sá Vieira<sup>6</sup>, Rosário Eusébio<sup>7</sup>, Vítor Rocha<sup>8</sup>, Luís Mendonça Ferreira.<sup>9</sup>*

<sup>1</sup> Interna do Internato Complementar de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>4</sup> Assistente Hospitalar de Cirurgia Plástica e Reconstructiva do Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>5</sup> Assistente Graduado de Cirurgia Plástica e Reconstructiva do Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>6</sup> Assistente Graduado de Cirurgia Torácica do Hospital CUF Descobertas

<sup>7</sup> Assistente Graduado de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>8</sup> Assistente Graduado de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

<sup>9</sup> Chefe de Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

Serviço de Cirurgia Geral. Director do Serviço Dr. Luís Mendonça Ferreira – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Comentário: Propomo-nos fazer uma revisão sobre o tema: Metástases no esterno, a propósito de um caso da nossa experiência clínica. *Este caso foi apresentado em formato de poster no XXVII Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, realizado em Lisboa de 4 a 7 de Março de 2007.*

### RESUMO

Os tumores da parede torácica (primários ou metastáticos), são uma patologia rara, responsável por menos de 1% de todas as neoplasias. Apenas 15% têm localização esternal, e torna-se um caso excepcional quando uma metástase no esterno constitui a primeira manifestação de um tumor primitivo. Apresentamos o caso clínico de um homem de 55 anos de idade, que recorreu à Consulta pelo aparecimento súbito, após realização de esforço físico, de uma massa no corpo do esterno. A investigação da mesma, levou ao diagnóstico do tumor primitivo, localizado no rim. Até 30% dos doentes com Adenocarcinoma do rim apresentam metástases no momento do diagnóstico, localizadas preferencialmente a nível pulmonar, ganglionar e ósseo (nomeadamente coluna, bacia ou fémur, sendo uma raridade o depósito secundário no esterno).

**Palavras-chave:** *Metástase no esterno, metástases ósseas, carcinoma do rim.*

### ABSTRACT

Chest wall tumors (primary or metastatic), are an uncommon pathology, responsible for less than 1% of all neoplasias. Only 15% are localized in the sternum, becoming unusual when one metastasis in that localization constitutes the first manifestation of a primary tumor. We present a clinical report of a 55-year old man, that came to our Consultation for the sudden onset (after a physical effort), of a sternal mass. The investigation of the mass led to the diagnosis of the primary tumor, localized in the kidney. Up to 30% of patients with renal cell carcinoma present with metastasis at the time of diagnosis, located mainly in the lung, lymph nodes and bone (specially in the spine, iliac bones or femur, being sternal metastasis very uncommon).

**Key words:** *bone metastasis, sternal metastasis, renal cell cancer.*



## INTRODUÇÃO

Aproximadamente 40% dos tumores de células renais apresentam-se localmente avançados, podendo-se encontrar metástases à distância em 30% dos casos no momento do diagnóstico. Por vezes estas metástases constituem a primeira manifestação do tumor primitivo. As localizações mais frequentes de disseminação do carcinoma renal são o pulmão, gânglios linfáticos, fígado, rim contralateral e osso. A ressecção em bloco da lesão metastática com pretensão radical, constitui o procedimento terapêutico de escolha.

## MATERIAL E MÉTODOS

Doente de 55 anos de idade, de sexo masculino, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorre a Consulta pelo aparecimento súbito, após realização de esforço físico, de uma tumefacção esternal. Ao exame físico apresentava uma massa com cerca de 5 cm de diâmetro, não móvel, no corpo do esterno, de consistência pétrea, dolorosa à palpação e que provocava retracção cutânea.

Iniciou-se investigação, tendo realizado *TAC torácica* que evidenciou uma formação expansiva sólida no corpo esternal, condicionando a destruição parcial do mesmo (Figura I). Efetuou *cintigrafia óssea com Tc99* que mostrou uma lesão focal hipercaptante com halo periférico hiperfixante no corpo do esterno, sem apontar outras lesões líticas ou blásticas. O *mielograma* não demonstrou alterações fenotípicas compatíveis com Doença Linfoproliferativa. A *Ecografia abdominal e renal* identificou um nódulo parcialmente calcificado no rim esquerdo, que a *TAC abdominal* posteriormente caracterizou como formação expansiva do rim. A biópsia incisional da massa esternal constatou tratar-se de metástase de Adenocarcinoma renal.

## RESULTADOS

O doente foi submetido a nefrectomia radical

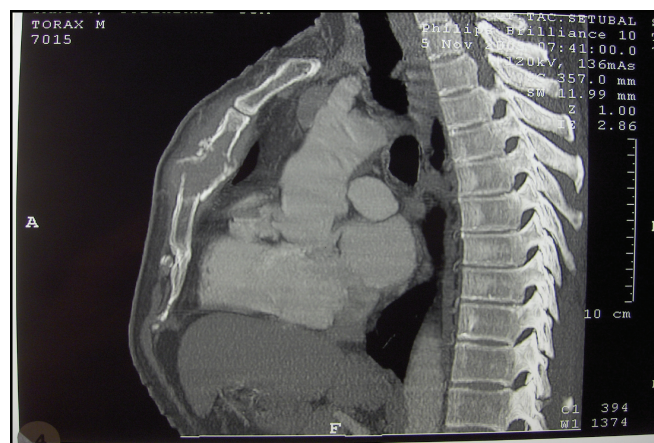


Figura I: TAC Torácica

esquerda. O exame anatomo-patológico da peça operatória revelou carcinoma de células renais, tipo papilar, grau 4 de malignidade citológica. Em segundo tempo procedeu-se a remoção da massa esternal com margens cirúrgicas de segurança, que implicou a ressecção parcial de 3 arcos costais, reconstrução da parede torácica com prótese de material sintético e plastia muscular. A reconstrução do defeito foi efectuada com prótese de polipropileno endurecida com metacrilato inserido entre duas redes (tipo “sandwich”) cuja rigidez estabiliza a parede torácica. A prótese foi suturada no plano extratorácico e foi adaptada ao defeito antes de adquirir a sua máxima rigidez. A extirpação do tumor em bloco com excisão alargada de pele e tecidos moles obrigou à realização de mioplastia com retalhos pediculados dos músculos grandes peitorais para cobertura da prótese, tendo-se conseguido o encerramento primário da ferida operatória (Figura II). Teve alta no sétimo dia de pós-operatório, com excelente cicatrização da ferida operatória a nível esternal, sem repercussão na mecânica ventilatória.

O doente foi encaminhado para Consulta de Oncologia Médica, tendo sido submetido a quimioterapia adjuvante. Presentemente, 24 meses após a nefrectomia esquerda e 23 meses após a exérese da metástase esternal apresenta-se assintomático e sem indícios de recidiva local ou de lesões sugestivas de depósitos secundários.



## DISCUSSÃO

Na literatura existem poucos casos clínicos de metástases localizadas no esterno; os dados disponíveis provêm de algumas séries cirúrgicas (limitadas) ou de achados em autópsias.<sup>2</sup>

Em 1939, Barney e Churchill publicaram a primeira ressecção de metástase solitária de adenocarcinoma renal com longa sobrevida para o doente. Desde então tem-se tornado uma regra habitual na prática clínica a ressecção das referidas lesões metastáticas, apesar de não ser isenta de controvérsia. No entanto, os dados disponíveis apontam para uma sobrevida semelhante aos casos sem doença metastática.<sup>3</sup>

Perante o aparecimento de massa esternal, deve-se proceder à realização de um estudo exaustivo, sendo meios complementares de primeira linha a Ecografia e TAC, que permitem uma primeira abordagem no diagnóstico diferencial.

A forma de apresentação mais comum é a dor torá-

cica e o aparecimento de uma massa esternal de crescimento rápido. Habitualmente as metástases no esterno localizam-se no corpo, poupando o apêndice xifóide. A Gammagrafia óssea com Tc99 é de grande utilidade para mostrar sinais indirectos de malignidade (hipercaptação) e para detectar outras possíveis lesões ósseas. A lise do esterno constitui o principal achado radiológico detectado na TAC torácica, meio complementar de diagnóstico de elevado valor para delimitar a extensão da massa aos tecidos adjacentes da parede torácica. O diagnóstico definitivo é efectuado por punção aspirativa por agulha fina ou biópsia incisional<sup>4</sup>.

A orientação terapêutica segue as directrizes do tumor primitivo e da ressecção da massa esternal com reconstrução imediata da parede torácica a fim de evitar hérnia pulmonar ou respiração paradoxal no pós-operatório. A Radioterapia é paliativa em caso de contraindicação cirúrgica, diminuindo a dor óssea nestes doentes que apresentam uma sobrevida curta.<sup>5</sup>

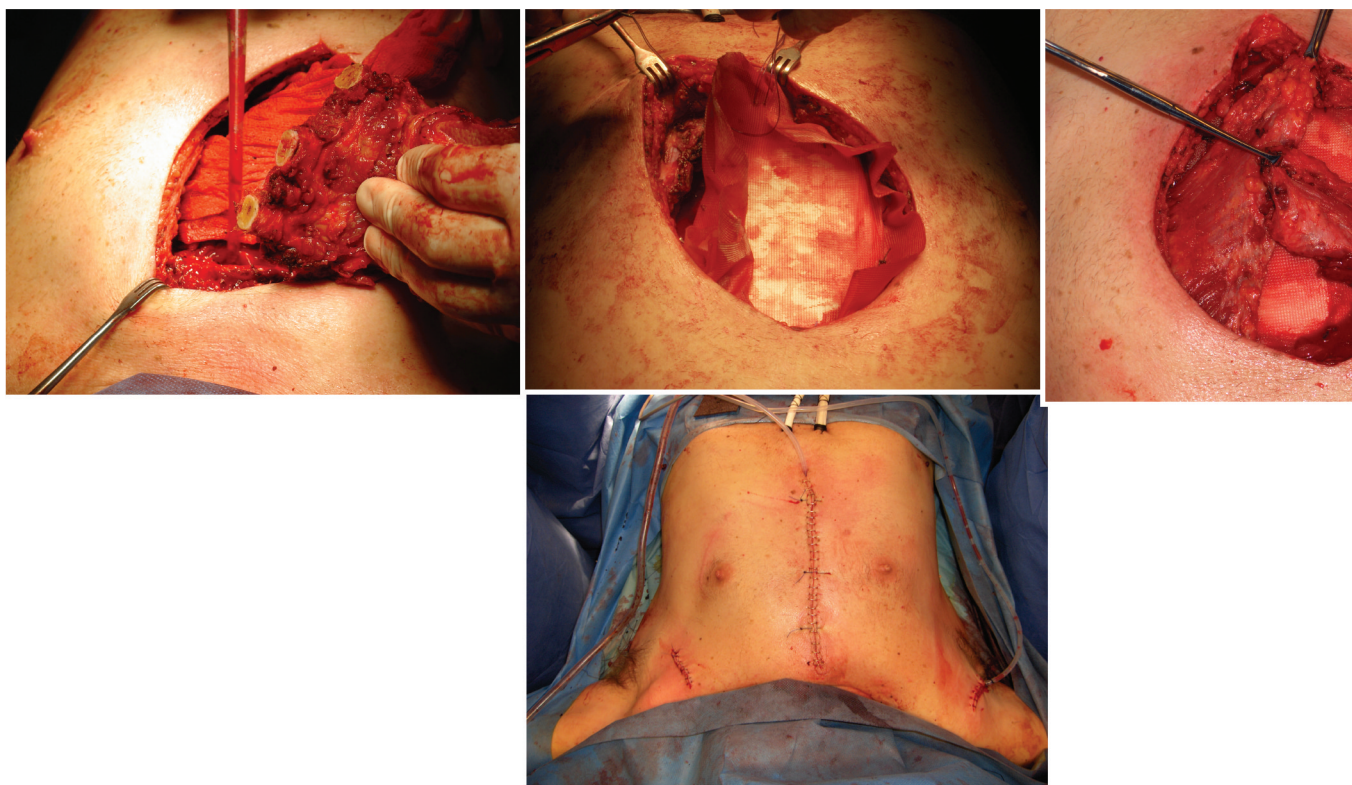


Figura II: Ressecção parcial da parede torácica e reconstrução



## CONCLUSÕES

As metástases de carcinoma de células renais são relativamente frequentes e de localizações várias, sendo o esterno um caso excepcional. No entanto, e dado

que apresentam um bom prognóstico quando é possível a sua ressecção com margens de segurança, devem ser despistadas pré-operatoriamente e ressecadas sempre que possível.

## BIBLIOGRAFIA

1. JACOBSEN KD, FOLLERAS G, FOSSA SD: Metastasis from renal cell carcinoma to the humerus or the shoulder girdle. *Br JUrol* 1994; 73: 124-128.
2. POULTON TB, O'DONOVAN PB. Sternal mass. *Chest* 1994; 106:575-576.
3. LEMMERS M, WARD K, HATCH T, STENZEL P: Renal adenocarcinoma with solitary metastasis: Report of 2 cases and review of the literature. *J Urol* 1989; 141:1177-1180.
4. SOYSAL O, GARRET LW, LESBITT JC, McMURTEY MJ, ROTH JA, PUTNAM JB. Resection of sternal tumors: extent, reconstruction, and survival. *Ann Thorac Surg* 1995; 60:1353-1359.
5. ESTRERA AS, PLATT MR, MILLS LJ, SHAW RR: Pulsatil sternal tumor: Report of three cases and a review of the literature. *Ann Thorac Surg* 1981; 31: 244-250.

### Contacto:

MARGARITA GONZÁLEZ-ONANDIA LÓPEZ  
Rua Miradouro do Sado 9, 8º dto, 2900-500 Setúbal  
Telemóvel: 912 365 092  
Telefone: 265 571 558  
Margaritaonandia@gmail.com

