

Condroblastoma de úmero proximal: caso clínico

Marcos Hajime Tanaka¹, Marcello Martins de Souza², Ana Valéria Brunetti Rigolino³

1.Chefe do Grupo de Tumor do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo 2.Médico Assistente do Grupo de Tumor do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo 3.Médico Residente (R5) do Grupo de Tumor do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

Autor Responsável: Marcos Hajime Tanaka / **e-mail:** tanakamarcos1@gmail.com

RESUMO

Relatamos um caso de condroblastoma extenso do úmero proximal, que apresentou recidiva após a cirurgia, e a solução para essa complicação.

Palavras-chave: Condroblastoma. Úmero.

SUMMARY

We report a case of extensive Chondroblastoma of the proximal humerus, which presented recurrence after surgery, and the solution to this complication.

Keywords: Chondroblastoma. Humerus.

INTRODUÇÃO

O condroblastoma foi originalmente descrito por Codman em 1931 como um “tumor de células gigantes condromatoso epifisário do úmero proximal”. A denominação pela qual conhecemos hoje foi dada por Jaffe em 1942^{1,2}.

O tumor acomete mais frequentemente a região epifisária dos ossos em pacientes adolescentes. Os locais mais frequentemente acometidos são: fêmur, tibia e úmero³. Grande parte dos autores concordam que as células originam-se da placa fisária ou algum remanescente dela. São lesões raras que acometem aproximadamente 2% da população e 9% de todas as lesões benignas^{2,3}.

O diagnóstico diferencial do condroblastoma inclui o tumor de células gigantes, fibroma condromixóide, cisto ósseo aneurismático e condrossarcoma. O tratamento de escolha é o cirúrgico e exige cuidados especiais devido a proximidade da articulação e a estreita relação com a fise³.

RELATO DE CASO

Paciente 15 anos, sexo masculino, chega ao pronto socorro com queixa de dor no ombro direito havia 5 meses. Ao exame físico apresentava dor à palpação e à movimentação, com limitação global da movimentação do ombro e aumento de volume local. A radiografia da articulação escápulo-umeral mostrou uma lesão lítica, meta-epifisária, bem delimitada, sem reação periosteal no úmero proximal (Figura 1).



Figura 1. Radiografia em anteroposterior evidenciando a lesão lítica epifisária do úmero proximal
Fonte: HSPE



Figura 2. Pós-operatório imediato. Curetagem da lesão com enxertia
Fonte: HSPE



Figura 3. Radiografia com 10 meses de pós-operatório
Fonte: HSPE

Foi realizada uma biópsia percutânea com agulha de Jamshidi, pelo trajeto da via deltopeitoral. O resultado do exame anatomopatológico foi compatível com condroblastoma. Após o diagnóstico, o paciente foi submetido à cirurgia para ressecção da lesão (curetagem) + eletrocauterização do leito, pela via deltopeitoral e enxerto autólogo retirado do ílio (Figura 2).

O paciente evoluiu bem, manteve o acompanhamento ambulatorial e com 10 meses de pós-operatório retornou queixando-se de dor no ombro. Na radiografia foi visualizada uma área com suspeita de recidiva do tumor (Figura 3). A Tomografia computadorizada evidenciou lesão insuflativa na região posterior do úmero proximal, compatível com recidiva da lesão (Figura 4). A RM mostrou uma lesão com hipersinal em T2, intraóssea, sem expansão para partes moles.

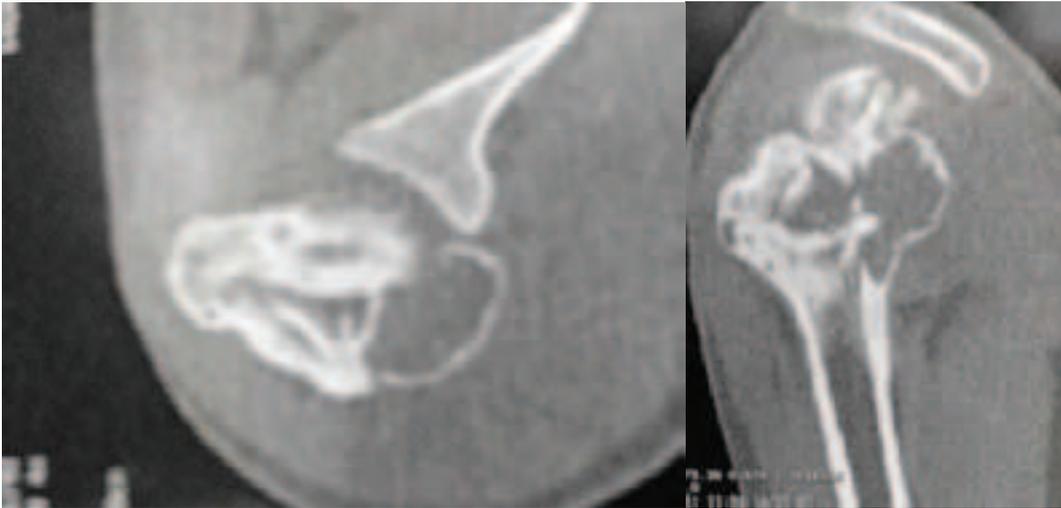


Figura 4. Tomografia computadorizada com lesão insuflativa posterior

Fonte: HSPE

Foi realizado novo procedimento cirúrgico para ressecção e curetagem da lesão, porém, foi utilizada via posterior do ombro. O enxerto ósseo foi retirado do íliaco posterior. O paciente foi posicionado em decúbito lateral, com exposição completa do ombro e da asa do íliaco posterior (Figura 5).

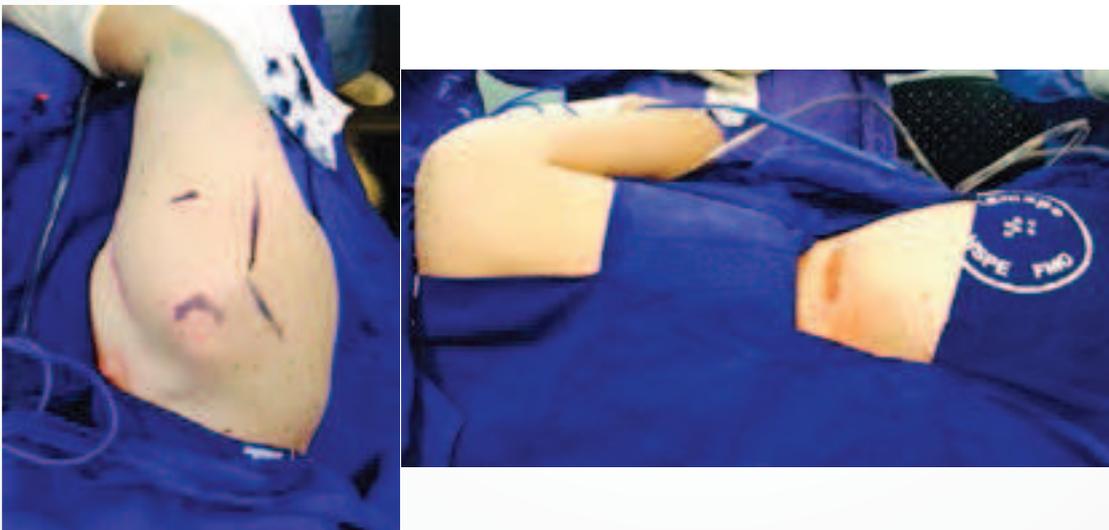


Figura 5. Via de acesso utilizada na segunda cirurgia

Fonte: Arquivo pessoal do autor

Na via de acesso posterior do ombro, os reparos anatômicos foram: a ponta lateral do acrômio, a espinha da escápula e a demarcação virtual de mais ou menos 6 cm distais da ponta do acrômio onde encontraremos o nervo axilar no músculo deltóide. Na via de acesso posterior localizamos e identificamos os tendões dos músculos infra-espinhal e redondo menor e os desinserimos da tuberosidade maior na sua região posterior. Ao realizarmos a desinserção dos mesmos, nos deparamos diretamente com a área suspeita de recidiva. A cortical local estava bem enfraquecida e a abrimos com o bisturi. Realizamos a ampliação da janela óssea, tomando cuidado especial para não haver contaminação das partes moles ao redor na ocasião da curetagem da lesão, pois pode ocorrer a implantação do tumor nas partes moles. Realizamos a curetagem cuidadosa da lesão, a eletrocauterização do leito tumoral após a sua ressecção e finalizamos com a cauterização química com Fenol para diminuir a chance de recidiva.

Após a curetagem e cauterização, preenchemos a falha com enxerto ósseo autólogo, retirado do íliaco posterior direito. Reinserimos os tendões do infra-espinhal e redondo menor na tuberosidade maior e mantivemos o ombro imobilizado com tipoia durante 4 semanas.

O paciente apresentou boa evolução. Radiograficamente já apresentava sinais de integração do enxerto (Figura 6). Com 4 semanas de pós-operatório foi liberado da tipoia e encaminhado à fisioterapia para reabilitação.



Figura 6. Resultado com 4 semanas de pós-operatório

Fonte: Arquivo pessoal do autor; HSPE

DISCUSSÃO

O condroblastoma é um tumor benigno, raro com poucos estudos retrospectivos publicados². Também conhecido como tumor de Codman, é um tumor benigno produtor de cartilagem que caracteristicamente se localiza nas epífises dos ossos longos. Acomete mais frequentemente pacientes do sexo masculino na segunda década de vida¹.

Na anatomia patológica caracteriza-se por um tecido muito celular e relativamente indiferenciado, com células semelhantes aos condroblastos e células gigantes do tipo osteoclástico⁵. Pode haver raras figuras de mitoses típicas.

Radiograficamente apresentam-se como lesões osteolíticas, na epífise dos ossos longos. A tomografia computadorizada nos auxilia no estadiamento da lesão e na avaliação do comprometimento ou não da fise.

Não existe um consenso de tratamento padrão ouro para o condroblastoma. Curetagem combinada com enxertia óssea autóloga ou polimetilmetacrilato associado à crioterapia e eletrocauterização, são as opções mais utilizadas. Deve-se trabalhar com cuidado e com ampla visão do tumor para se evitar a lesão da placa de crescimento, que infelizmente em alguns casos é inevitável⁵.

A revisão da literatura mostra que a taxa de recorrência do condroblastoma varia entre 5 a 38% dos casos. Alguns autores consideram que um componente de cisto ósseo aneurismático presente no condroblastoma pode aumentar a chance de recidiva². No entanto, numa revisão de literatura realizada por Silva e Reid não suporta essa teoria^{2,4,6}. Localização anatômica de difícil acesso e idade mais baixa do paciente são fatores considerados por alguns autores como sendo também importantes^{2,4}. Encontramos consenso na literatura que a taxa de recorrência está diretamente ligada com a extensão da curetagem intra-operatória da lesão^{2,4}. Para casos de recidiva são descritos vários métodos de tratamento, variando desde nova curetagem e enxertia até ressecção ampla com substituição, seja por componente biológico ou sintético.

REFERÊNCIAS

1. Penna V, Chung WT, Tanaka MH, Alves LA, Nagaoka EI, Silva FLB. Condroblastoma epifisário: estudo de dez casos. Rev Bras Ortop. 1998; 33(11):879-82.
2. Ramappa AJ, Lee FY, Tang P, Carlson JR, Gebhardt MC, Mankin HJ. Chondroblastoma of bone. J Bone Joint Surg Am. 2000;82(8):1140-5.
3. Penna V, Toller EA, Ferreira AJ, Dias DPC. Resultado do acompanhamento clínico-radiológico pós-cirúrgico do condroblastoma. Rev Bras Ortop. 2011;46(5):561-64.
4. Suneja R, Grimer RJ, Belthur M, Jeys L, Carter SR, Tillman RM, Davies AM. Chondroblastoma of bone: long-term results and functional outcome after intralesional curettage. J Bone Joint Surg Br. 2005;87(7):974-8.
5. Jesus-Garcia R. Diagnóstico e tratamento dos tumores ósseos. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p.179-89.
6. de Silva MV, Reid R. Chondroblastoma: varied histologic appearance, potential diagnostic pitfalls, and clinicopathologic features associated with local recurrence. Ann Diagn Pathol. 2003;7(4):205-13.