

Condrossarcoma do Septo Nasal. Apresentação de um caso.

ALVIMAR AFONSO BARBOSA¹, EDGARD CARVALHO SILVA², JOSÉ DE SOUZA ANDRADE³, ALESSANDRA VERLAINE ALADIM⁴



Local de Realização do Trabalho: Instituto de Oncologia João Resende Alves⁵.

Resumo

Os autores apresentam um caso de condrossarcoma do septo nasal tratado com cirurgia radical, após recidiva, em que fora ocasionalmente "removido" durante uma septoplastia feita em outro serviço, dois anos antes.

Os autores chamam atenção: a) para a raridade da doença — nono caso da literatura mundial até 1986 — b) para a dificuldade diagnóstica que às vezes se apresenta e, c) para as conseqüências funestas em relação ao paciente em caso de conduta inicial inadequada.

Unitermos: Condrossarcoma do septo nasal, septo nasal.

Introdução

As neoplasias cartilaginosas (condromas e condrossarcomas) afetam mais freqüentemente os ossos longos, pelve e costelas (7, 11). Apenas 10% delas são primitivas da cabeça e pescoço. Nesta região os locais mais acometidos são a laringe, maxila e base do crânio (3, 7, 12). Até 1986 apenas 8 casos de condrossarcoma haviam sido descritos como sendo originários do septo nasal, embora este órgão possa ter sido acometido secundariamente em alguns destes casos (12).

PHEMISTER, em 1930, distinguiu os condrossarcomas dos sarcomas ósseos (3). EWING, em 1939, separou as neoplasias condrogênicas das osteogênicas (8). JAFFE e LICHTENSTEIN, 1943, estabeleceram os critérios para o diagnóstico do condrossarcoma. Desde então esta neoplasia adquiriu identidade nosológica (3).

Até 1972 menos de 100 casos de condrossarcoma foram descritos como sendo originários da face (6). Os locais mais acometidos são: maxila anterior, mandíbula (côndilo, região molar e sínfise), base do crânio. Já foram descritos em quase todos ossos crânio-faciais e, mais raramente, em partes moles (língua, mucosa rinofaríngea e músculos mastigadores). A maioria dos pacientes situa-se na faixa etária dos 20 aos 60 anos, parecendo não haver preferência pelo sexo (2, 4, 8).

A histogênese do condrossarcoma é discutida. Pode originar-se de tecidos cartilagosos, ósseos e outros de linhagem conjuntiva. Para explicar seu surgimento em órgãos destituídos de elementos cartilagosos (mesmo

em fases embrionárias como a dura-máter e maxila), foram sugeridos que restos embrionários ou células mesenquimais totipotentes (de diferenciação multidirecional), pudessem ser a origem dos condrossarcomas. Células periosteais e conjuntivas que se diferenciariam em condroblastos, poderiam ser também incriminadas (3, 4). Os condrossarcomas poderiam resultar da malignização de condromas, principalmente em casos de recidivas, que decorrem de ressecções incompletas. O trauma local também já foi incriminado (3).

Segundo os dados disponíveis na literatura, o condrossarcoma é raríssimo, sendo 8 publicados até 1986 (12). Não encontramos nenhum caso descrito no Brasil. O caso apresentado não oferece dúvida quanto à sua origem septal, visto que foi casualmente encontrado durante a septoplastia.

Apresentação

I. R. M., 53 anos, feminina, branca, procurou-nos para tratamento de tumor submucoso do palato duro, assintomático, descoberto durante recente consulta odontológica. A paciente relatava que há dois anos fora submetida à septoplastia. No ato operatório fora encontrado, casualmente, e removido "aos pedaços", lesão tumoral esbranquiçada, cujo exame histopatológico revelou adenoma pleomórfico.

Ao exame clínico a paciente apresentava bom estado geral. A rinoscopia anterior mostrava irregularidade da mucosa septal, em toda a extensão em que se podia

¹ Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Instituto de Oncologia João Resende Alves, Prof. Assistente de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, ² Cirurgião Maxilo-buco-facial do Instituto de Oncologia João Resende Alves, Prof. Titular de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da UFMG, ³ Patologista do Instituto de Oncologia João Resende Alves, Prof. de Patologia da Faculdade de Medicina da UFMG, ⁴ Acadêmica da Faculdade de Odontologia da UFMG, estagiária em Oncologia de Cabeça e Pescoço no Instituto de Oncologia João Resende Alves, ⁵ Rua Gentios 1350, Bairro Luxemburgo, Belo Horizonte — MG. CEP 30380

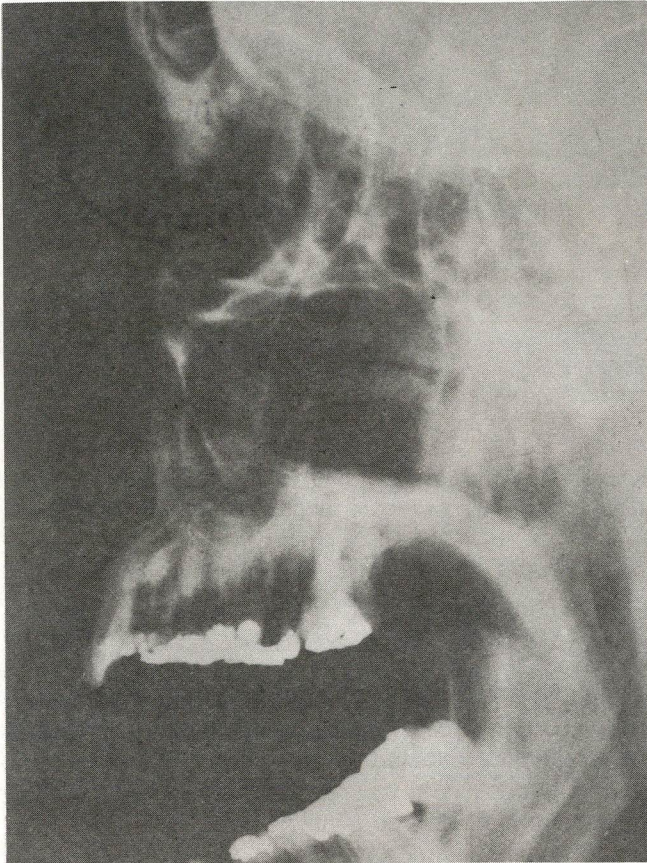


Figura 1 — Radiografia em perfil da face mostrando destruição da espinha nasal.



Figura 2 — Radiografia oclusal mostrando osteólise extensa do palato duro.

vê-la. Havia discreta elevação da columela e da porção vizinha do lábio, em virtude de lesão infiltrativa subjacente. À oroscopia notava-se abaulamento da mucosa do palato duro, de 2,5 x 1,5cm ao nível da linha mediana.

A radiografia simples da face em perfil mostrava destruição da espinha nasal (fig. 1) e a radiografia oclusal revelava osteólise do palato duro (fig. 2). A revisão da antiga lâmina e o exame de um novo fragmento da lesão, mostraram que se tratava de uma mesma doença: condrossarcoma (figs. 3 e 4).

Em 12 de agosto de 1986 a paciente foi operada. A Fig. 5 mostra o campo operatório após o descolamento dos retalhos (incisão médio-labial e paranasal bilateral). O espécime cirúrgico (Fig. 6) consistia de quase todo septo e assoalho nasais, partes inferiores das paredes laterais nasais e maxila anterior junto com os caninos. O tamponamento foi retirado no 2º dia e imediatamente instalada uma prótese provisória para oclusão do defeito oro-nasal. A Fig. 7 mostra a paciente com sua prótese definitiva no 10º mês pós-operatório. A última revisão em 14 de junho de 1989 não revelou sinais de recorrência.

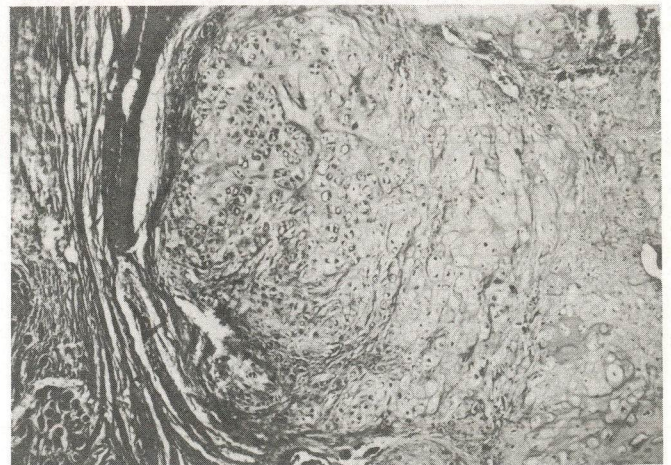


Figura 3 — Condrossarcoma apresentando massas de condrócitos atípicos fazendo protrusão nas partes moles: (Hematoxilina — eosina, 160 x).

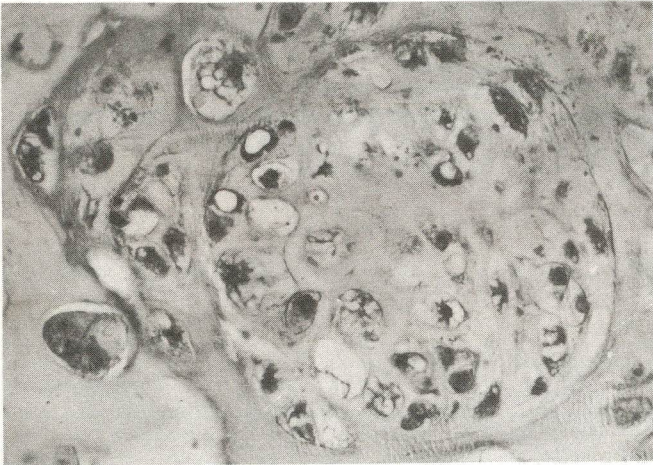


Figura 4— Condrossarcoma mostrando condrócitos atípicos, de núcleos tumefeitos e às vezes binucleados (Hematoxilina — eosina, 400 x).



Figura 6 — Espécime operatório (pré-maxilectomia) incluindo quase todo palato duro e paredes laterais nasais anteriores.

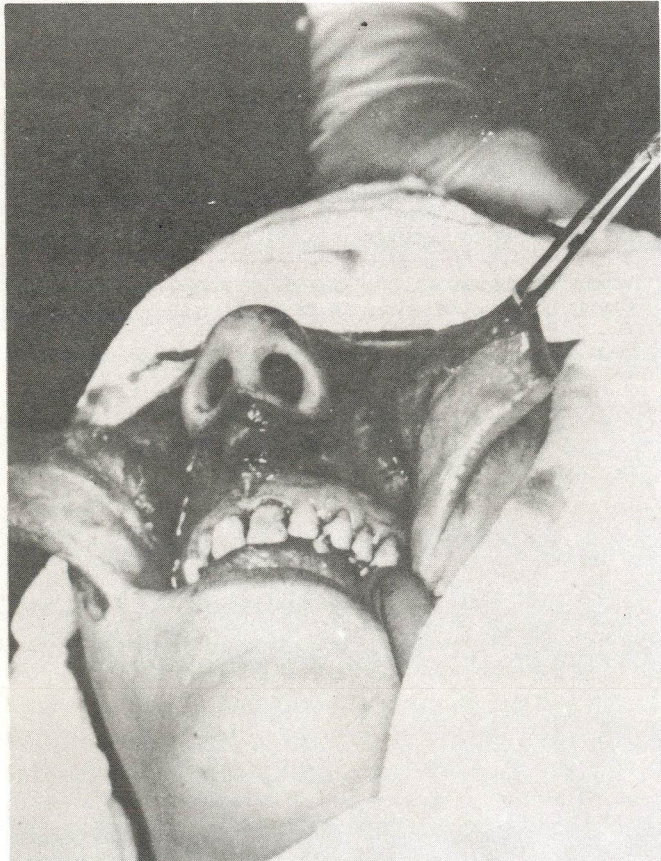


Figura 5— Campo operatório após descolamento dos retalhos. Incisão de Weber-Bilateral.

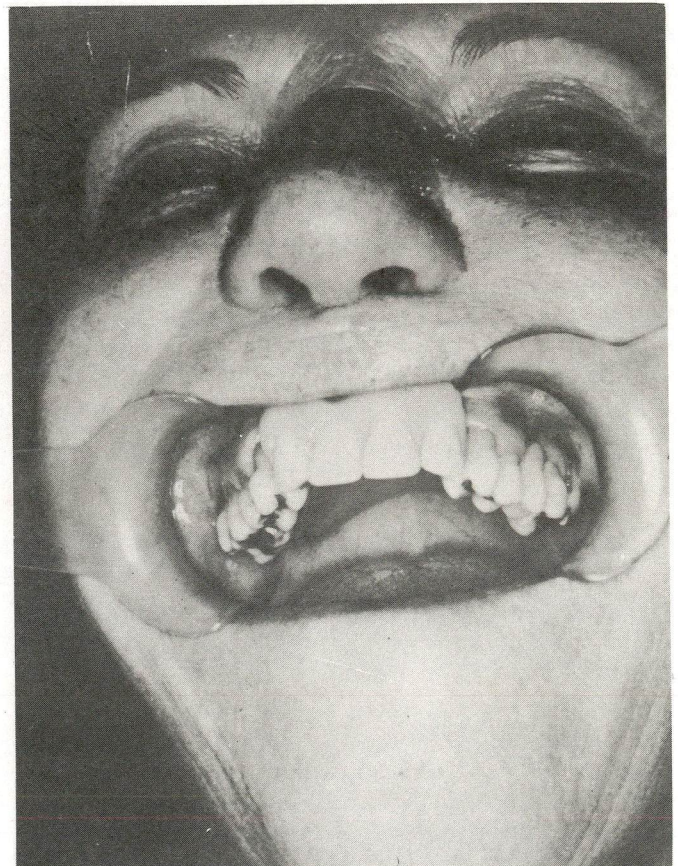


Figura 7 — Paciente no 10º mês pós-operatório com prótese definitiva.

Comentários

O primeiro condrossarcoma do septo nasal foi descrito por LAWSON, em 1952 (9). Desde então 7 outros foram descritos e, baseados na literatura disponível (3, 12), o caso por nós apresentado seria o nono. Embora as bases anatômicas para o diagnóstico de condrossarcoma tenham sido definidas por JAFFE e LICHTENSTEIN, às vezes o diagnóstico diferencial é muito difícil, principalmente com os condromas (1). A confusão com o adenoma pleomórfico pode ocorrer (6) como no presente caso. Parece ser opinião formada entre os autores de que o diagnóstico de CONDROMA, na região da cabeça e pescoço, deve ser visto com reservas, considerando a maior raridade que do condrossarcoma e a semelhança histológica entre ambos (4, 7, 10). A sintomatologia e as imagens radiográficas nada têm de especiais: a obstrução nasal é a manifestação mais comum e pode haver áreas osteolíticas e ou radiopacas (3, 6).

A cirurgia radical parece ser o tratamento mais eficaz. O tumor é considerado radorresistente, embora tenha sido relatada melhora acentuada num ou noutro caso. A radioterapia estaria indicada para casos inoperáveis e naqueles em que não houve margem cirúrgica adequada (1, 4, 6, 8). A crioterapia parece auspiciosa (6). De uma maneira geral o prognóstico dos condrossarcomas da cabeça e pescoço não é bom (40% de sobrevida em 5 anos), mas é sensivelmente melhor que aqueles originários de outras regiões (pelve, fêmur, com sobrevida de 28%) (2). O prognóstico deteriora em casos de ressecções inadequadas. McCOY estudou 6 casos de condrossarcoma do septo nasal: a) em 1 deles o tratamento foi cirúrgico com 55 meses sem evidência da doença, b) no outro houve recorrência 39 meses após cirurgia, c) nos três restantes, após cirurgia radical, observou-se 24, 18 e 60 meses sem sinais de doença. O caso descrito por BAILEY, em 1982, foi submetido a

ressecção incompleta e ainda viveu mais de um ano em bom estado geral (3). WEBBER, em 1986, relatou um caso em que a paciente não apresentara sinais de recidiva 2 anos após tratamento cirúrgico (12).

Summary

The authors present a case of chondrosarcoma of the nasal septum treated with radical resection after recurrence that occurred 2 years after incomplete removal.

The authors call attention to: a) rarity of the lesion — this case is the 9th described; b) diagnostic challenge and, c) hazard to the patient if initial treatment was not adequate.

Key Words: *Chondrosarcoma of the nasal septum, nasal septum.*

Referências Bibliográficas

1. Aretsky, P.J., Freund, R., Kantu, K., Polisar, I.A. Chondrosarcoma of the nasal septum. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 79: 382-88, 1970.
2. Arlen, M., Tollefsen, H.R., Huvos, A.G., Marcove, R.C. Chondrosarcoma of the Head and Neck. *Amer. Jour. Surg.*, 120: 456-60, 1970.
3. Bailey, C.M. Chondrosarcoma of the nasal septum. *The Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 96: 459-67, 1982.
4. Batsakis, J.G. Tumors of the head and neck; clinical and pathological considerations. 2. ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1977.
5. Coyas, A.J. Chondrosarcoma of the nose. *Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 79: 69-72, 1965.
6. Gallagher, T.M., Stome, M. Chondrosarcomas of the facial region. *Laryngoscope*, 82: 978-84, 1972.
7. Jones, H.M. Cartilaginous tumours of the head and neck. *Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 87: 135-51, 1953.
8. Kragh, L.V., Dahlin, D.C., Erich, J.B. Cartilagenous Tumors of the Jaws and Facial Regions. *American Journal of Surgery* 99: 852-56, 1960.
9. Lawson, L.J. Intranasal Chondrosarcoma. *Archives of Otolaryngology*, 55: 559-65, 1952.
10. McCoy, J.M., McConnel, F.M.S. Chondrosarcoma of the nasal septum. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 79: 382-88, 1970.
11. Soboroff, B.J., Lederer, F.L. Chondrosarcoma of the nasal cavity. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 64: 718-27, 1955.
12. Webber, P.A., Hussain, S.S.M., Radcliffe, G.J. Cartilaginous neoplasms of the head and neck, *The Journal of Laryngology and Otolaryngology*, 100: 615-19, 1986.