

OSTEOSSARCOMA MÚLTIPLO SINCRÔNICO

Apresentação de um caso. *

MÁRIA INEZ PORDEUS GADELHA¹ RITA DE CÁSSIA ARRUDA BATISTA²

GUSTAVO JOSÉ DE SABÓIA BANDEIRA DE MELLO³

RESUMO

Por ser tumor raro e de comportamento variável, o osteossarcoma múltiplo apresenta pontos de discussão no que se refere a sua natureza multicêntrica ou metastática. Os autores relatam um caso observado no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e tecem comentários, baseados na literatura consultada.

UNITERMOS Sarcoma osteogênico múltiplo, Osteossarcomatose, Osteossarcomatose esclerosante, Sarcoma osteogênico multifocal, Osteossarcoma multicêntrico.

INTRODUÇÃO

O Osteossarcoma é um tumor muito raro. No Brasil, em levantamento efetuado recentemente,³ representou 0,34% dos 369.767 casos de câncer diagnosticados em todo o país de 1976 a 1980. Em estatísticas estrangeiras, soma 1% de todas as neoplasias malignas⁵ e apenas 3 a 4% dos osteossarcomas diagnosticados se apresentam como tumores primários múltiplos sincrônicos nas metáfises de todos os ossos longos,⁴ bem como nos ossos da pelve, vértebras, esterno, costelas, omoplatas e

ossos da face e do crânio^{1,2}. Mostrando-se radiologicamente como do tipo esclerosante^{1,4,6,7} podendo, no entanto, manifestar osteólise,² o tumor cresce a partir do canal medular, é multifocal e fatal, mesmo se tratado; verificando-se impossível a ressecção de todas as lesões, ocorre óbito por progressão da doença⁴.

A maioria deste tipo de osteossarcoma é de histologia osteoblástica, com grande quantidade de osso e osteóide^{2,4,9}.

Clinicamente, difere do osteossarcoma clássico pela multiplicidade das lesões, ossos

acometidos, ausência ou aparecimento tardio de metástases pulmonares e maior frequência de metástases linfáticas^{2,4,6,9}. Não se encontra patologia óssea subjacente, a exemplo do osteossarcoma desenvolvido em osso com Doença de Paget e em osso que recebeu irradiação^{2,4,8,9}.

Segundo Lowbeer⁹ há dois grupos de osteossarcoma múltiplo: o sincrônico, caracterizado por cerca de dezoito lesões, usualmente em ossos longos, atingindo a faixa etária média de 15 anos e com sobrevivência de 8 meses; o metas-

¹ Médica Oncologista do Hospital Naval Marcílio Dias e Professora Assistente de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas de Nova Iguaçu

² Médica Anátomo-patologista do Hospital Naval Marcílio Dias

³ Ex-Médico Residente do Hospital Naval Marcílio Dias

* Trabalho apresentado na II Jornada Médica do Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, em 1982

Trabalho realizado no Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro

Endereço para correspondência: Rua César Zama 185 - 20721 - Rio de Janeiro, RJ.

AGRADECIMENTOS — A Elizabeth de Carvalho Alves e Roberto A. Arcuri, pela colaboração prestada.

sincrônico, que atinge a faixa etária média de 30 anos, com sobrevivência de dois anos e meio ou mais e menor número de lesões, preferindo também os ossos longos, porém com as segundas lesões se fazendo mais tardias.

Amstutz² fez observações semelhantes e agrupou o osteossarcoma múltiplo em quatro tipos:

Tipo I — crianças e adolescentes; lesões múltiplas e quase simultâneas.

Tipo II — adultos; neoplasia de baixo grau de malignidade.

Tipo III_a — metastático; curto intervalo entre a lesão inicial e as segundas lesões. Relacionado a fosfatase alcalina elevada.

Tipo III_b — metastático; longo intervalo (mais de três anos) — entre a lesão inicial e as segundas lesões. Também relacionado a aumento da fosfatase alcalina.

RELATO DE CASO

MGS, masculino, branco, 17 anos, registrado no HNMD — sob o número 054267.

Início da doença em novembro de 1981, quando notou aumento localizado no ângulo direito da mandíbula. Em fevereiro de 1982, apresentou dor no joelho direito, de intensidade progressiva e com piora à noite. Diagnosticado osteossarcoma (fig. 1) através da biópsia de lesão do terço distal do fêmur direito (fig. 2) em abril de 1982. Submetido à avaliação radiológica no Hospital Central da Marinha, Rio de Janeiro, detectaram-se lesões em terço distal do fêmur direito, metáfise distal da ulna direita (fig. 3) e no ângulo direito da mandíbula. Considerado fora de possibilidade cirúrgica, foi encaminhado ao HNMD para tratamento quimioterápico.

À internação, em maio de 1982, o paciente queixava-se de dor em região esternal e gradil costal à esquerda, mais

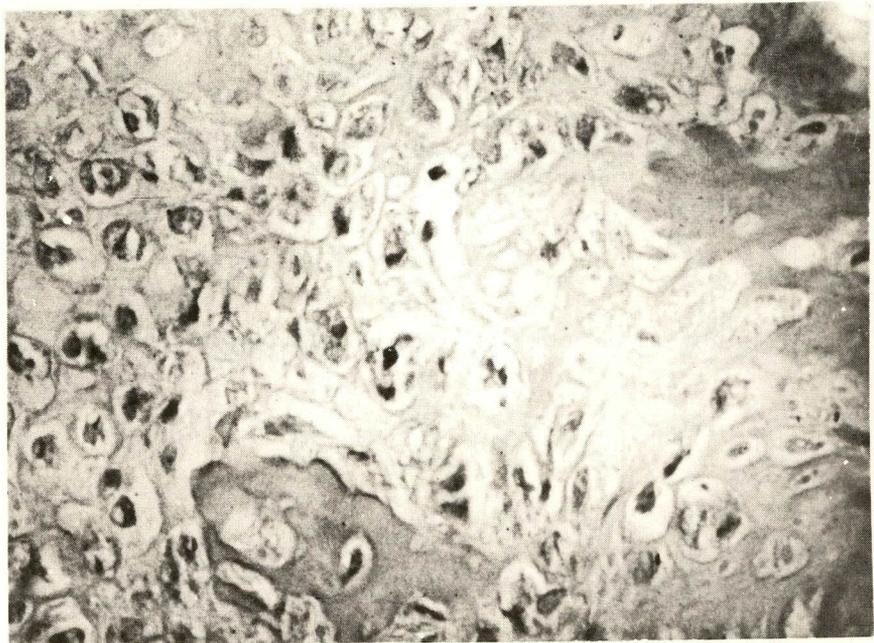


Fig. 1 — Histopatológico. Coloração HE. Aumento 400x.



Fig. 2 — Radiografia do joelho direito. Notar extensão da lesão para a tibia.

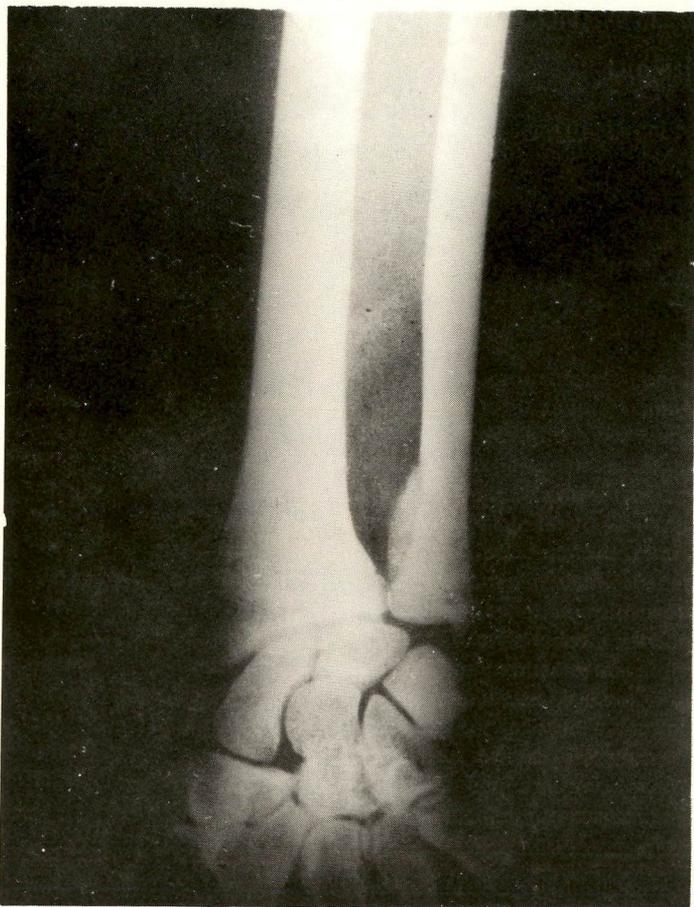


Fig. 3 — Radiografia do punho direito. Lesão esclerótica no terço distal da ulna.

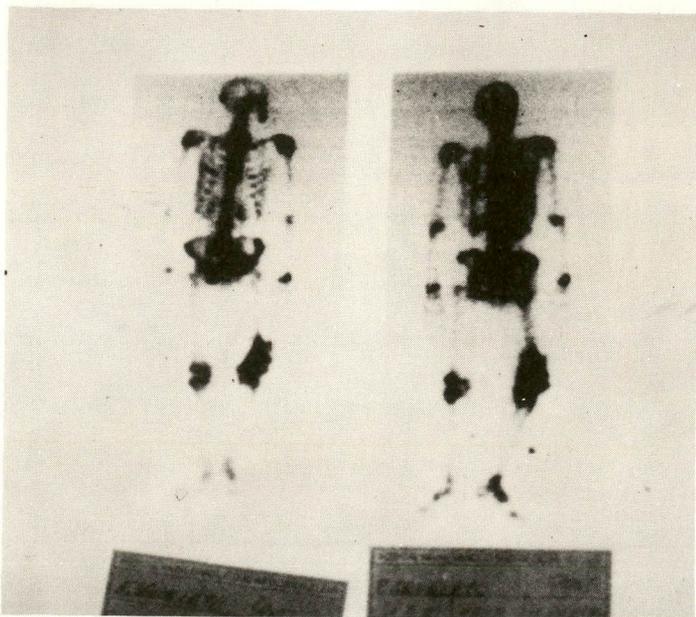


Fig. 4 — Cintilografia de corpo inteiro, mostrando a multiplicidade das lesões.

intensa à noite, além de dor no joelho direito, onde se notava aumento de volume, consistência endurecida, calor local, discreto rubor e pouco aumento da dor à compressão. Não havia lesões palpáveis nos ossos da caixa torácica, do crânio nem dos membros superiores. No ângulo direito da mandíbula, tumor de 3 cm de diâmetro, consistência óssea, superfície lisa, contorno bem delimitado e indolor à compressão local; sem dor espontânea.

Nos exames de avaliação, resultados de interesse: Fosfatase alcalina sérica = 4.130 U/l (normal = 60-170 U/l) Cintilografia óssea (fig. 4 e 5) áreas de hipercaptação em crânio, mandíbula, esterno, metáfise distal da ulna direita, bacia, metáfise distal do fêmur direito e articulação tíbio-társica direita. Telerradiografia do tórax — campos pleuropulmonares normais. (fig. 6)

Em 21 de maio de 1982, recebeu 120 mg/m² de superfície corporal (200 mg — dose total) de Cisplatina e 30 mg/m² de superfície corporal em duas vezes (100 mg - dose total) de Adriamicina, com resposta subjetiva (analgesia) mas verificando-se aumento das lesões existentes e aparecimento de novas lesões em região clavicular esquerda e occípito-parietal direita, clinicamente detectáveis. Fosfatase alcalina = 5780 U/l. Pela progressão da doença, não se continuou com a quimioterapia, ficando o paciente sob controle ambulatorial.

Óbito em setembro de 1982 fora do HNMD, não sendo realizada a necrópsia.

DISCUSSÃO

A maior questão referente ao osteossarcoma múltiplo é tratar-se de um tumor multicêntrico ou de um tumor com alto potencial de metastatização. Desde que se aceite a via hematogênica para a disseminação do osteossarco-

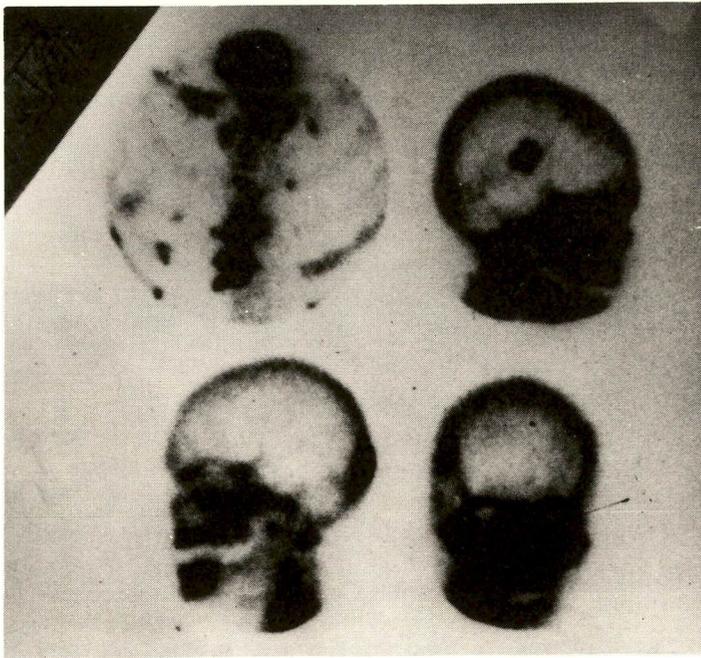


Fig. 5 — Detalhe cintilográfico, demonstrando as lesões em crânio, mandíbula e esterno.

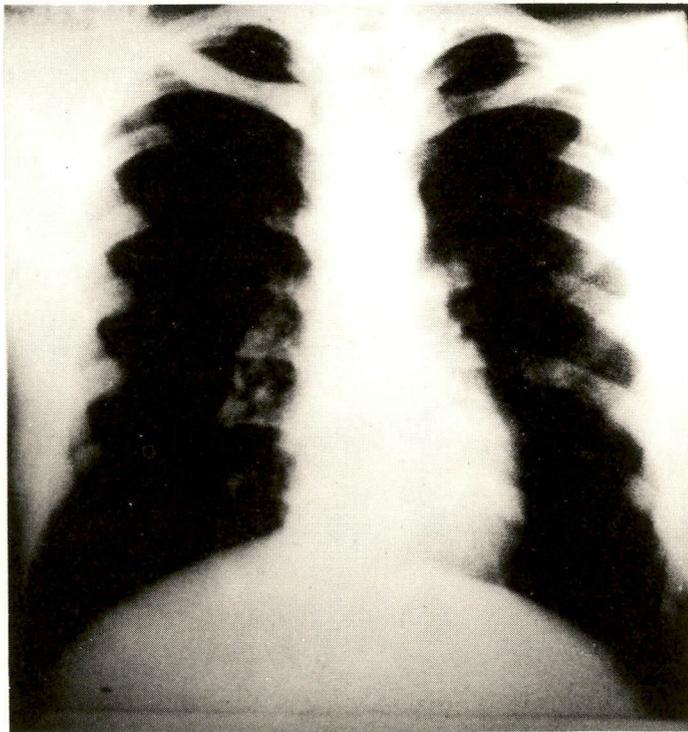


Fig. 6 — Telerradiografia do Tórax. Ausência de metástase pulmonar.

ma^{2,6,8,9} é razoável pensar que as segundas lesões sejam metastáticas. Porém o envolvimento dos ossos do carpo e focal das epífises, a

quase ausência de metástases pulmonares e a invasão linfática, sugerem uma origem multicêntrica^{2,6,8,9}. Considera-se ainda a ausência de

Doença de Paget ou exposição à irradiação prévias^{2,4,8,9} e a pouca frequência com que o osteossarcoma metastatiza para ossos^{1,8}.

A possibilidade de se tratar de um tumor multicêntrico foi lançada por Silverman, em 1936 e subseqüentemente apoiada por Jaffe e Lichtenstein². Nos casos relatados, as lesões são simétricas ou não, atingindo ambos os sexos e a lesão inicial é sempre maior que as demais, inclusive em relação à contralateral homóloga, enquanto as segundas lesões de localização simétrica são de tamanho semelhante, o que sugere metástases mais do que tumores primários — múltiplos^{2,4,9}.

O tipo metassincrônico cursa com uma sobrevida longa, não usual para a sobrevida média do osteossarcoma, o que poderia conceder tempo suficiente para o aparecimento de metástases ou para o desenvolvimento de segundos tumores primários⁹.

Certamente, muitos outros casos de osteossarcoma múltiplo seriam diagnosticados, se fosse rotineira a avaliação radiológica ou cintilográfica de todo o esqueleto^{2,4}.

CONCLUSÕES

- Não se pode concluir pela natureza multicêntrica ou metastática do osteossarcoma múltiplo.
- O acometimento inicial da mandíbula, observado no caso apresentado, não teve referência na bibliografia consultada.
- Embora a elevação da fosfatase alcalina seja fator que se relaciona aos tipos III_a e III_b de Amstutz, o caso ora relatado, — classificável no tipo I, apresentou altos valores desta enzima.

SUMMARY

Multiple osteogenic sarcoma is a rare tumor with lesions of questionable origin: — multicentric or metastatic. This is the report of a case with comments on the tumor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AEGERTER, E.; Kirkpatrick, J. A. — *Enfermedades Ortopédicas* — Editorial Médica Panamericana S. A. — Buenos Aires — 1978.
2. AMSTUTZ, H. C. — *Multiple Osteogenic Sarcomata — Metastatic or Multicentric? Report of two Cases and Review of Literature* — *Câncer* - vol. 24 — 923-931 — November — 1969.
3. CAMPANHA Nacional de Combate ao Câncer — *Ministério da Saúde — Câncer no Brasil — Dados Histopatológicos — 1976 a 1980* — Editor Rodolfo Brumini — Rio de Janeiro — 1982.
4. DeVITA, Jr., V. T. e aa — *Cancer-Principles and Practice of Oncology* — J. B. Lippincott Company — Philadelphia — 1982.
5. HOLLAND, J. F.; Frei III, E. — *Cancer Medicine* — Lea & Febiger — Philadelphia — Reimpressão — 1974.
6. JAFFE, N. — *Bone Tumors in Children* — PSG Publishing Company Inc. — Massachusetts — 1979.
7. PAUL, L. W.; Juhl, J. H. — *Interpretação Radiológica* — Editora Guanabara Koogan — Rio de Janeiro — 1977.
8. ROSAI, J. — *Ackerman's Surgical Pathology* — The C. V. Mosby — Company — St. Louis — 1981.
9. SPJUT, H. J. e aa — *Tumors of Bone and Cartilage* — Armed Forces Institute of Pathology — Washington — 1971.