
CASO I

Osteossarcoma Justacortical

Caso contribuído pelo Dr. Arcelino Bitar ()*

Paciente do sexo feminino, de cor branca, com 7 anos de idade, apresentando aumento de volume no terço inferior da perna, endurecido à palpação.

Dr. Brenner — A radiografia inicial mostra que, ao nível da metáfise distal do perônio, há um nítido aumento da densidade com formação óssea irregular e expansão do osso. A formação óssea não é muito anárquica, mas bastante extensa, alargando e aumentando o volume do osso. Vêem-se poucas e pequenas áreas de lise (Fig. I-1).

Dr. Bitar — Foi tomado como tumor benigno e feita a ressecção segmentar, sem bió-

psia prévia, com união da extremidade inferior do perônio à tibia. O material foi examinado histopatologicamente.

Dois anos depois, a criança voltou e fez nova radiografia.

Dr. Brenner — Vê-se que houve formação de osso a partir do perióstio e existe a sinostose cirúrgica. As partes moles parecem normais. O espessamento da cortical parece ser devido à sinostose (Fig. I-2).

Prof. Schajowicz — Não lhe parece regeneração do perônio?



Fig. I-1 - Radiografia pré-operatória.



Fig. I-2 - Radiografia pós-operatória.

(*) Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia.
Hosp. Est. Jesus. Rio de Janeiro — RJ.

Dr. Brenner — Sim, parece. E está ocorrendo novamente espessamento da cortical com aumento da densidade, mas é bastante bem delimitado, sem que sugira aspecto neoplásico maligno.

Dr. Fernandes — Na primeira radiografia parece existir um plano de clivagem e eu acho que, apesar da idade do doente, a possibilidade de ser um Osteossarcoma Justacortical deve ser considerada.

Prof. Schajowicz — O aspecto radiológico é mesmo compatível com Osteossarcoma Justacortical que, em uma menina de 7 anos de idade, seria realmente excepcional. Mas, radiologicamente, não cabe outro diagnóstico.

Dr. Bitar — Nesta fase foi feita uma ressecção segmentar da tíbia e colocação de enxerto. O exame anatomopatológico mostrou a mesma natureza da lesão inicial.

Prof. Schajowicz — A fotografia da peça obtida na primeira cirurgia mostra um aspecto compatível com Osteossarcoma Justacortical, envolvendo o osso e já penetrando a cortical. Chama a atenção esse aspecto em raios-de-sol e não nodular e escleroso como é o comum no Justacortical (Fig. 1-3 e 1-4). Tenho observado que casos como este, que talvez seja um tipo diferente de Osteossarcoma Justacortical, têm evolução mais favorável do que o Osteossarcoma comum.

Dr. Prates — Talvez pudesse ser um tipo diferente, à semelhança do caso que vai ser apresentado a seguir: ambos invadem a medular mais rapidamente do que um Justacortical comum, além do aspecto espiculado, que também é semelhante. O Osteossarcoma Justacortical, às vezes, dá duas ou três recidivas antes de invadir. E estes casos já estão diretamente invadindo a medular, destruindo a cortical.

Dr. Nany — Tive oportunidade de procurar na literatura e vi que a histologia, às vezes, varia daquela histologia clássica do Osteos-

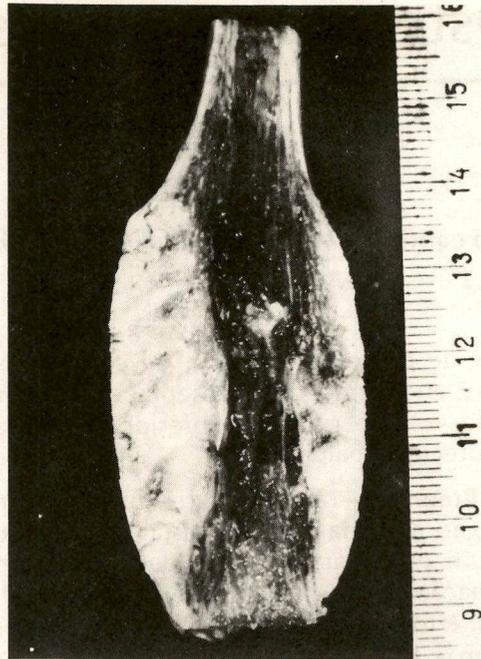


Fig. 1-3 - Peça ressecada.

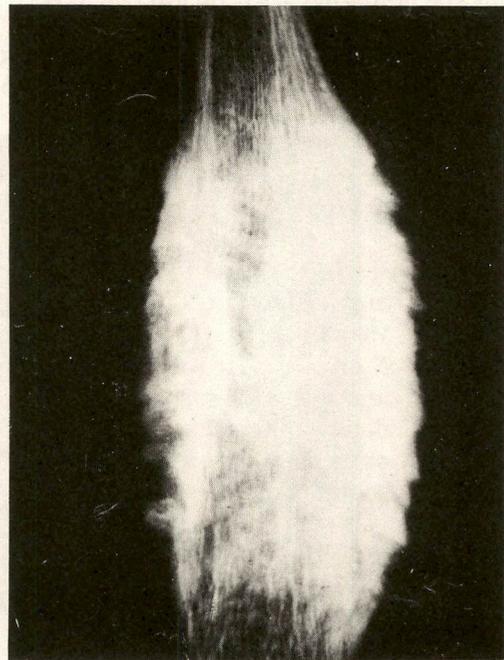


Fig. 1-4 - Radiografia da peça ressecada.

sarcoma Justacortical. Em um trabalho publicado no **Journal of Bone and Joint Surgery**, classifica-se este tumor em 4 tipos diferentes. A histologia e a evolução são diferentes daquilo que a gente esperaria do Justacortical.

Eu tive um problema em um caso de fêmur em que o cirurgião fez uma punção-biópsia. Foi difícil dar esse diagnóstico mas acabei classificando-o como Osteossarcoma Justacortical, apesar da histologia ser diferente. Toda a radiologia era de um Justacortical e não mostrava invasão da medular. À cirurgia, o tumor era completamente fora da cortical, mas a histologia era um pouco diferente do Osteossarcoma Justacortical clássico. Esta menina teve duas recidivas locais, foi reoperada e depois partiu-se para a desarticulação. Fez metástases pulmonares aproximadamente no prazo de 1 ano e meio. Esse trabalho do **J.B.J.S.** relata casos semelhantes.

Prof. Schajowicz — Estes casos devem ser revisados para ver se são realmente Osteossarcomas Justacorticais.

Tenho visto também casos como este e o de Prates (Caso II) que são de evolução mais favorável que o Osteossarcoma comum mas que não evoluíram como o Osteossarcoma Justacortical.

Prof. Lazzareschi — O dado mais importante desse trabalho a que a Dr^a Nany se referiu, é que ele divide a evolução do Osteossarcoma Justacortical em dois grupos para tirar a impressão de que ele é sempre um tumor de evolução relativamente benigna. Um grupo foi muito bom e o outro foi tão ruim quanto o Osteossarcoma central. Os autores chamam a atenção que é a histologia que determina o prognóstico.

Prof. Schajowicz — Deve-se lembrar o seguinte: o Osteossarcoma Justacortical típico, que tem na histologia um tipo de osso maduro, zonas fibroblásticas e nada mais, é

um tipo. Existem também Osteossarcomas extra-ósseos que tomam depois contato com o osso e que podem ser muito malignos. São Osteossarcomas de partes moles muito atípicos que invadem o osso e que não têm nada a ver com Osteossarcoma clássico.

Eu diria que o Osteossarcoma Justacortical clássico é um tumor bem ossificado, escleroso, com lóbulos nítidos e com a histologia bem característica, fibroblástica e óssea madura. Já a histologia do presente caso tem numerosas atipias e é mais celular do que o comum; em outro campo se vê neofor-mação óssea imatura e proliferação fibroblástica clássica do Osteossarcoma Justacortical. Às vezes, vemos osso muito mais maduro, laminar. Há também um aspecto fibromixóide, sem valor diagnóstico (Fig. 1-5 e 1-6).

Dr. Bitar — Em 1974, portanto 7 anos após a ressecção, foi feita nova radiografia (Fig. 1-7). Foram feitas radiografias freqüentes de campos pulmonares. A evolução clínico-radiológica é perfeitamente compatível com o diagnóstico.

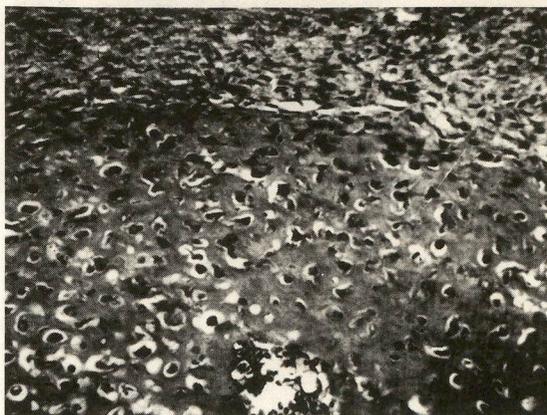


Fig. 1-5 - Aspecto microscópico. Neofor-mação óssea tumoral.

Prof. Schajowicz — Que aconteceu com a lesão da tíbia?

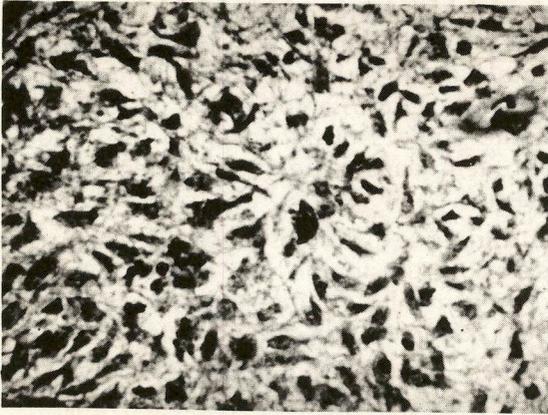


Fig. 1-6 - Aspecto microscópico. Zona fibroblástica.

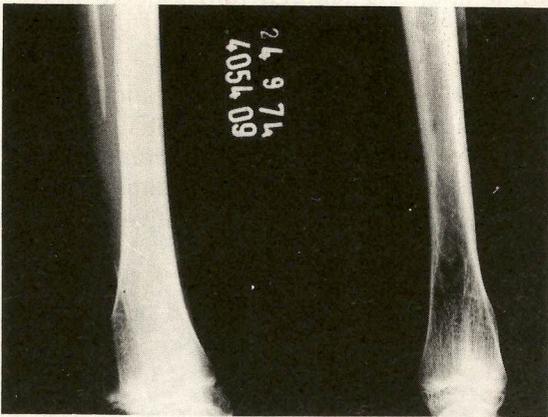


Fig. 1-7 - Radiografia após a 2ª cirurgia.

Dr. Bitar — Foi feita uma ressecção ao longo da tíbia e foi escorregado um enxerto, de modo que houve reconstituição total da tíbia.

Dr. Prates — Existe um Osteossarcoma com comportamento igual ao Osteossarcoma central, mas que não seja de partes moles, que seja periosteal? Existem autores que descrevem um Osteossarcoma periosteal de alta malignidade. Não é o Justacortical porque está no periósteo e é altamente maligno.

Prof. Schajowicz — É muito difícil, às vezes, dizer se esses tumores são periosteais ou parosteais. Eu acho que são parosteais.

São Fibrossarcomas ou Osteossarcomas de partes moles que invadiram secundariamente.

Dr. Consentino — O tratamento de escolha do Justacortical é uma ressecção local total da lesão que inclua partes moles. Depois disso, o tratamento é mais radical. Nunca se deve fazer uma ressecção parcial que leva quase sempre a uma recidiva. A ressecção deve incluir a musculatura que recobre o tumor.

Prof. Schajowicz — Este caso é bastante claro. Apenas o que chama atenção é a idade e o aspecto espiculado que, como disse Bitar, são diferentes do clássico Osteossarcoma Justacortical.