

CASO II

Osteossarcoma Justacortical Gigante

Caso contribuído pelo Dr. J.C. Prates Campos (*)

Paciente do sexo feminino, com 17 anos de idade. Foi admitida ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto em outubro de 1965 com tumor enorme, comprometendo toda a coxa. Contava uma história, que não sabemos até que ponto pode ser fidedigna, de dor ao nível do joelho desde há um ano, desenvolvendo a partir de então esse tumor (Fig. II-1). O exame radiológico foi feito em três etapas, pois não havia no hospital um filme onde coubesse toda a lesão.

Dr. Brenner — Na porção distal, a articulação do joelho é muito mal visualizada porque o osso está bastante descalcificado. Vê-se também enorme destruição do osso, uma verdadeira explosão anárquica, com grande proliferação óssea em direção às partes moles, com algumas áreas radiotransparentes de permeio. O aspecto é de um tumor realmente muito agressivo. Parece que na porção proximal não existe invasão da esponjosa do osso. É um tumor osteoformador e, com essa história, eu teria que fazer o diagnóstico de Osteossarcoma. (Fig. II-2 e II-3).

(*) Rua Bernardino de Campos, 1426. Hospital São Lucas. Ribeirão Preto — SP.

Material recebido do Departamento de Ort. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina de Ribeirão Preto (Prof. J.P. Marcondes de Souza).

Dr. Azevedo — O senhor afasta, pela radiografia, a possibilidade de Angiossarcoma?

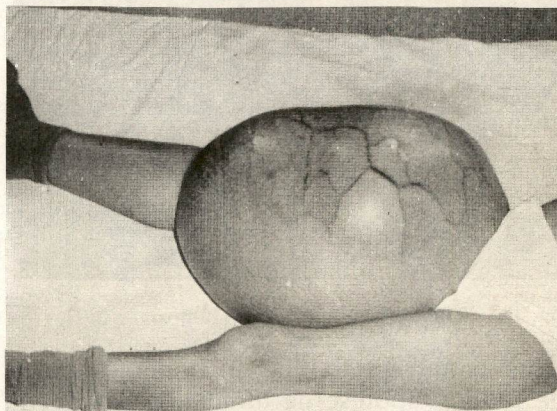


Fig. II-1 - Aspecto clínico.

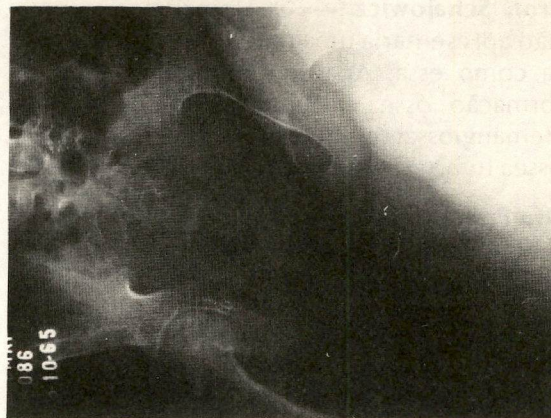


Fig. II-2 - Rx inicial. A parte branca à direita representa o tumor.

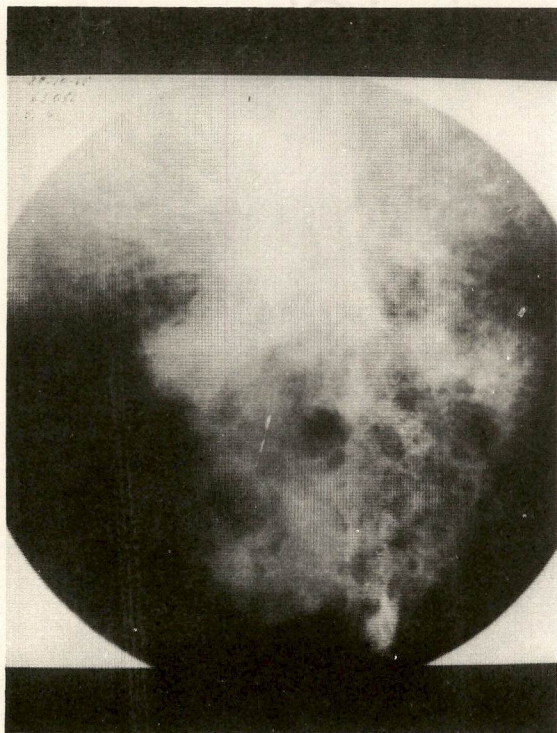


Fig. II-3 - Rx inicial. Parte média do tumor.

Dr. Brenner — Não. Eu não poderia afastar de todo a hipótese de tumor vascular, que também dá esse aspecto espiculado.

Prof. Schajowicz — O Hemangiossarcoma não apresentaria uma reação óssea tão intensa como essa. Aparentemente temos neoformação óssea reacional e tumoral e o Hemangiossarcoma não tem neoformação óssea tumoral e muito pouca reacional.

Dr. Prates — Diante da extensão da lesão, que ultrapassa nas partes moles a articulação coxo-femural, seria difícil fazer uma desarticulação, tendo sido feita uma hemipelvectomia. A primeira fotografia da peça mostra o seu aspecto externo, tendo sido seccionada abaixo da articulação do joelho. (Fig. II-4). A superfície de corte da lesão mostra as articulações coxo-femural e do joelho e a

lesão comprometendo as metáfises e a diáfise do fêmur. A radiografia da peça mostra estrias na intimidade da massa tumoral e rarefação do côndilo femoral. (Fig. II-5).

Prof. Schajowicz — A histologia não está tão de acordo com o aspecto terrível da radiologia. Chama a atenção esse aspecto que parece quase uma displasia, com tecido ósseo tipo reticular em meio a tecido fibroso. São vistas algumas atipias celulares ao lado de trabéculas ósseas de aspecto maduro e isto nós achamos característico do Osteossarcoma Justacortical: proliferação fibroblástica ao lado de trabéculas ósseas bastante maduras. (Fig. II-6 e II-7). Este tumor não deve ter apenas 1, porém 3 a 4 anos de evolução, pois

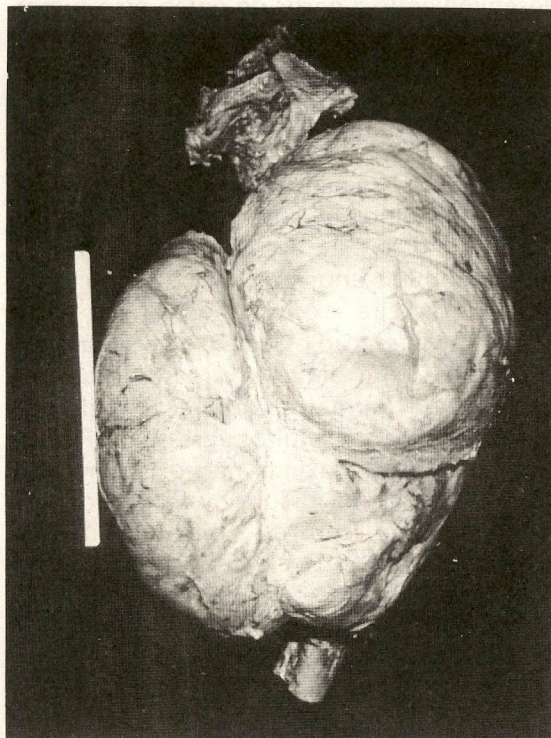


Fig. II-4 - Foto da peça. A régua tem 20 cm. Em cima hemi-pelve e art. coxo-femural. Em baixo, tíbia.

já destruiu extensas áreas de osso e se transformou em Osteossarcoma comum.

Dr. Prates — Cinco anos após a ressecção não havia sinal de recidiva e a paciente vive até hoje com uma prótese.

Dr. Consentino — Isso está de acordo com o diagnóstico histológico de Osteossarcoma Justacortical, sem grande malignidade, sem tendência a metastatizar. Um Osteossarcoma central não teria uma evolução destas.

Dr. Marsillac — Eu gostaria de fazer uma observação quanto à primeira fotografia que mostra que a paciente, apesar de portar um Osteossarcoma de proporções gigantescas,

tem um estado geral que me parece muito bom.

Prof. Schajowicz — Isto também está de acordo com o Osteossarcoma Justacortical.

Dr. Prates — Ela perdeu 30 kg de peso nos últimos 2 anos mas voltou a ser gorda depois da cirurgia.

Dr. Torloni — Quantos quilos ela perdeu com a retirada do tumor?

Dr. Prates — O tumor pesava mais de 20 kg.

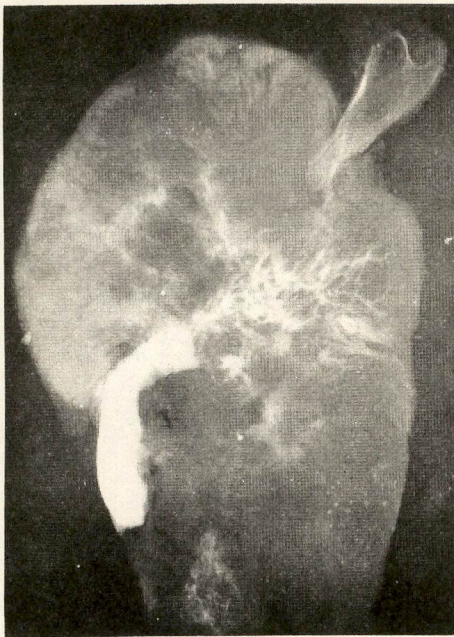


Fig. II-5 - Rx da peça.

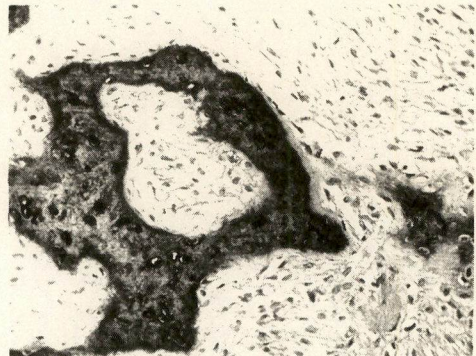


Fig. II-6 - Aspecto microscópico (neoformação óssea tumoral).

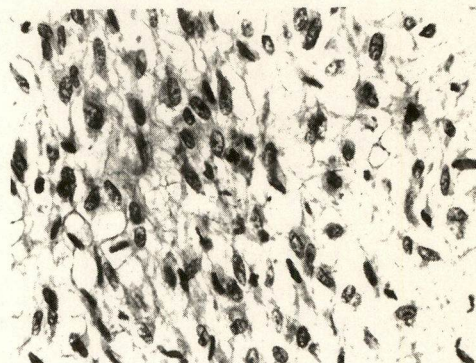


Fig. II-7 - Aspecto microscópico: zona fibroblástica.