

---

## CASO IV

# Osteossarcoma de Crânio

---

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

Trata-se de uma paciente de 20 anos de idade, do sexo feminino. A história diz que há cinco meses notou pequeno tumor na região parietal direita que vem aumentando progressivamente de tamanho. Ao exame físico havia um abaulamento de consistência dura na região temporal direita. Seu estado geral era bom.

**Dr. Brenner** — Na incidência frontal nota-se um aspecto irregular da tábua externa, com aumento de partes moles, onde se podem identificar imagens de maior densidade, com aspecto espiculado radiado, difuso, sem uma delimitação nítida. Não parece existir grande alteração da tábua interna. (Fig. IV-1)

**Dr. Fernandes** — O que nós temos visto freqüentemente em termos de lesão craniana é metástase de carcinoma de tireóide. Não sei se a doente teria alguma lesão de tireóide. Acho também que a possibilidade de Sarcoma de Ewing deve ser considerada.

**Dr. Consentino** — Em lesões espiculadas do crânio poder-se-ia pensar em lesão benigna

---

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

Material recebido do Serv. de Neurocirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto (Dr. Newton Latuf).

somente no caso do Hemangioma. Porém, este tem um aspecto invasivo e agressivo e a gente não pode afastar Fibrossarcoma e Osteossarcoma.

**Prof. Schajowicz** — Nestes casos de lesão em raios-de-sol do crânio, deve se pensar

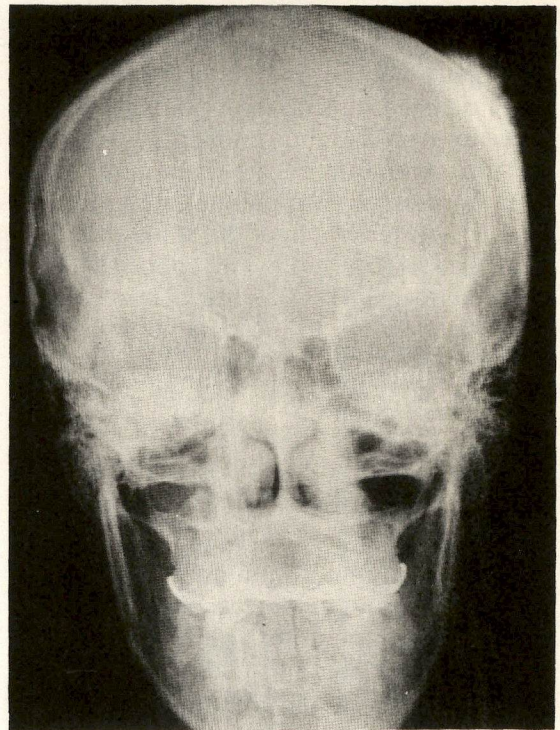


Fig. IV-1 - Rx inicial.

sempre em três diagnósticos. Primeiro o Hemangioma, o chamado "sunrise skull" dos americanos, cuja localização craniana é a segunda em frequência, vindo depois da coluna vertebral. O segundo diagnóstico é Osteossarcoma, que é pouco freqüente no crânio, quase excepcional. Em terceiro, e de que muita gente se esquece, é a penetração intracraniana do Meningioma, que dá também o aspecto característico em raios-de-sol, foi estudado por Bernstein. São estes os três diagnósticos que se devem ter em mente. Outro tumor maligno seria muito raro. Uma metástase de tireóide é puramente osteolítica e não daria esse aspecto espiculado.

**Dr. Prates** — Foi feita uma biópsia cuja histologia é igual à da peça retirada depois. Foi feita ressecção de parte do parietal. A radiografia da peça mostra que a textura óssea fora da lesão está normal, não havendo nenhuma lesão subjacente tipo Doença de Paget e não há história de irradiação. O perfil da peça mostra aquela espiculação na tábua externa e a tábua interna é lisa (Fig. IV-2). A fotografia da peça mostra, à direita, o fragmento ósseo visto pela sua superfície externa e, à esquerda, o tumor que estava invadindo as partes moles sobreposto a esta parte óssea (Fig. IV-3). Vista pela superfície interna, o tumor ultrapassa também a tábua interna, porém muito menos do que a tábua externa (Fig. IV-4).

**Prof. Schajowicz** — Não foi vista nenhuma relação com a meninge?

**Dr. Prates** — Junto com a peça foi recebido um pequeno fragmento de duramater que apresentava um orifício, mas o restante dessa membrana era normal. Isto é, o tumor parecia vir do osso e perfurar a duramater, mas não se originar da duramater. Quanto à histologia, é um tumor mesenquimal com

neoformação de tecido cartilaginoso e de tecido ósseo tumoral, de modo que nosso diagnóstico foi de Osteossarcoma do osso parietal. A evolução deste caso foi má, tendo a paciente voltado a sua terra. Mais tarde recebi novo material do neurocirurgião dessa cidade; já apresentava então invasão cerebral.

**Prof. Schajowicz** — O importante é que a maior parte do tumor era de proliferação cartilaginosa e existe grande formação óssea reacional. Este seria um Osteossarcoma do tipo condroblástico de Dahlin. Histologicamente, pode-se discutir se é um Osteossarcoma ou um Condrossarcoma. Teoricamente, este não deve existir no crânio, pois

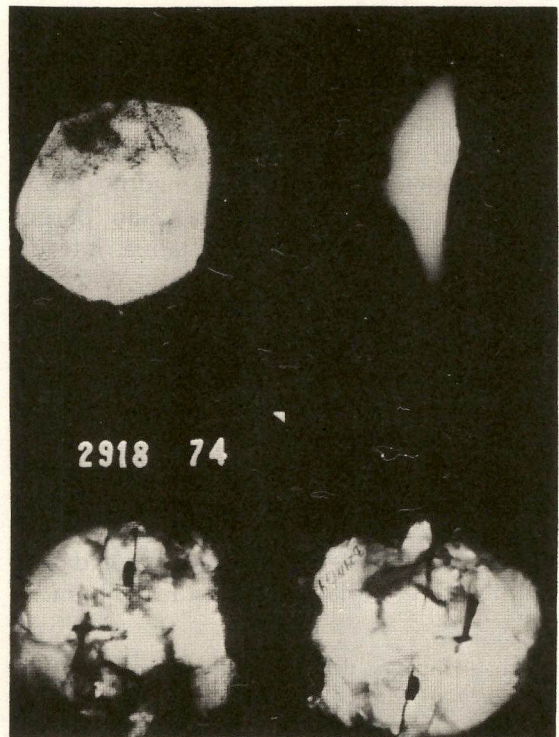


Fig. IV-2 - Rx da peça. Calota óssea. (frente e perfil) em cima; partes moles com calcificação em baixo.

se forma por ossificação direta. Existem aqui áreas de cartilagem calcificada que não se devem confundir com osso. Há zona tipicamente condrossarcomatosa que predomina sobre a área de osteossarcoma, de modo que este é um tumor que se deve examinar bem antes de dar o diagnóstico (Figs. IV-5 e IV-6).

**Dr. Brenner** — Metástases cranianas de Neuroblastoma em crianças não dão também aspecto espiculado?

**Prof. Schajowicz** — Em crianças sim, mas não nesta idade.

**Dr. Bitar** — Na sua estatística, Prof. Schajowicz, qual a incidência de Osteossarcoma de crânio?

**Prof. Schajowicz** — Tenho apenas um caso.

**Dra. Nany** — Essas áreas cartilaginosas lembram o Osteossarcoma Justacortical. O senhor chamaria de Justacortical ou de Osteossarcoma comum?

**Prof. Schajowicz** — Com este tamanho, invasão e evolução de muitos anos que ela conta, é difícil dizer. Como sabemos, o Osteossarcoma Justacortical acaba sempre em Osteossarcoma comum.

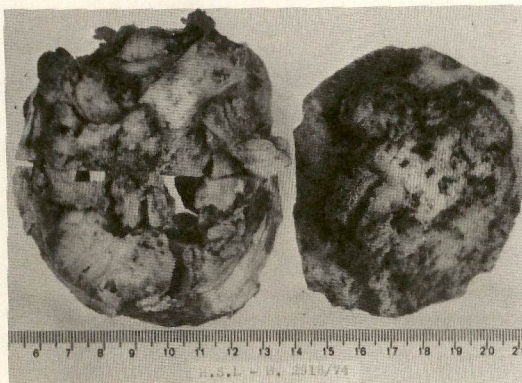


Fig. IV-3 - Foto da peça: calota óssea à direita e massa de partes moles subcutânea à esquerda.

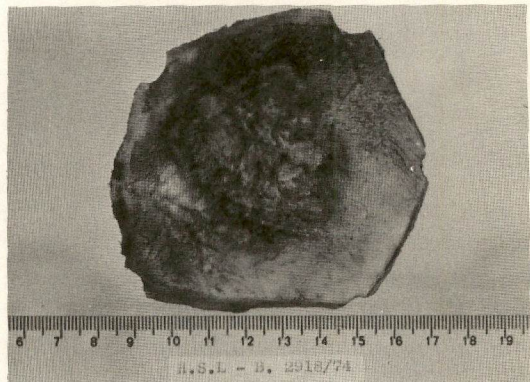


Fig. IV-4 - Foto da peça: calota óssea (superfície endocraneana).

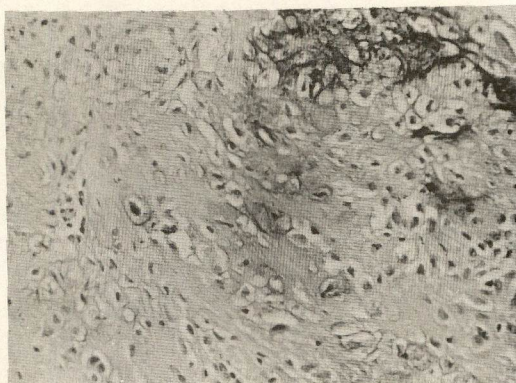


Fig. IV-5 - Aspecto microscópico: área condroblástica com calcificação.



Fig. IV-6 - Aspecto microscópico: reticulado osteoide.