
CASO VI

Osteoblastoma de Corpo Vertebral

Caso contribuído pela Dra. Nany Renzo B. de Oliveira (*)

Paciente com 17 anos de idade, com história de dor lombar há 11 anos que foi atribuída à escoliose que ele tinha.

Dr. Brenner — A radiografia mostra realmente a escoliose, mas observa-se um tecido ósseo anormal, uma certa deformidade do corpo vertebral, existindo uma área lítica, com corrosão posterior do corpo vertebral, havendo também, erosão do pedículo e da apófise inferior (Fig. VI-1 e VI-2).

Prof. Lazzareschi — Com essa evolução nessa idade, eu lembraria um Osteoblastoma.

Prof. Schajowicz — Quando se vê uma escoliose e, na concavidade da escoliose, uma lesão tumoral, o primeiro diagnóstico que se pensa é mesmo um Osteoblastoma.



Fig. VI-1 - Radiografia pré-operatória ântero-posterior.



Fig. VI-2 - Radiografia pré-operatória em perfil.

Dra. Nany — Foi então realizada uma punção-biópsia.

(*) Depto. de Ortop. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP (Prof. Flávio Pires de Camargo). Material recebido do Dr. Mário Andreucci.

Prof. Schajowicz — E com bom resultado, pois permite fazer o diagnóstico perfeitamente, sem nenhuma dúvida. Vêem-se trabéculas de osteóide imaturas, ligeiramente calcificadas, com osteoblastos na periferia e a medula rica em vasos sangüíneos. É o aspecto clássico do Osteoblastoma.

Dra. Nany — O caso foi então operado. O tumor tinha mais ou menos três centímetros no maior diâmetro, de coloração vermelho-vinhosa.

Prof. Schajowicz — Aqui está um exemplo de que não se pode diferenciar Osteoblastoma de Osteoma Osteóide. Ambos são tumores formadores de osso, com numerosos osteoblastos alternando-se com osteoclastos. A localização é bastante freqüente para esse tumor. (Fig. VI-3 e VI-4)

É mais um exemplo de que a punção-biópsia deve ser tentada sempre que possível, pois o cirurgião vai para a cirurgia definitiva já com o diagnóstico.

Dra. Nany — Parece que a grande dificuldade no Osteoblastoma é o grande sangramento. Para mim parecem existir diferenças histológicas entre o Osteoblastoma e o Osteoma Osteóide. Este último parece mais

organizado, enquanto que no primeiro existem massas densas de osteóide, dando uma impressão mais desorganizada. No Osteoma Osteóide parece existir uma espécie de zoneamento, comparando-se ao que acontece na Miosite Ossificante.

Prof. Schajowicz — Você pode encontrar, no Osteoma Osteóide, uma zona central bem calcificada e menos talvez no Osteoblastoma, porque este tem mais possibilidade de crescer para a periferia e não há tempo para haver essa maturação que se produz no centro do Osteoma Osteóide, às vezes. O Osteoblastoma, como não tem a esclerose periférica, cresce mais e é imaturo. Isto é, eu creio que a explicação está na localização, intracortical, subcortical ou intra-esponjosa.

Dra. Nany — Este paciente está com dois anos de evolução e não tem mais tumor aparente, mas ainda tem a escoliose. O que se deve fazer se o tumor recidivar?

Prof. Schajowicz — Deve ser feita uma excisão mais ampla. Se não for operável, pode-se tentar a radioterapia. Mas eu preferiria fazer outra excisão, se fosse possível. Se se optar pela radioterapia, usar uma dose baixa.

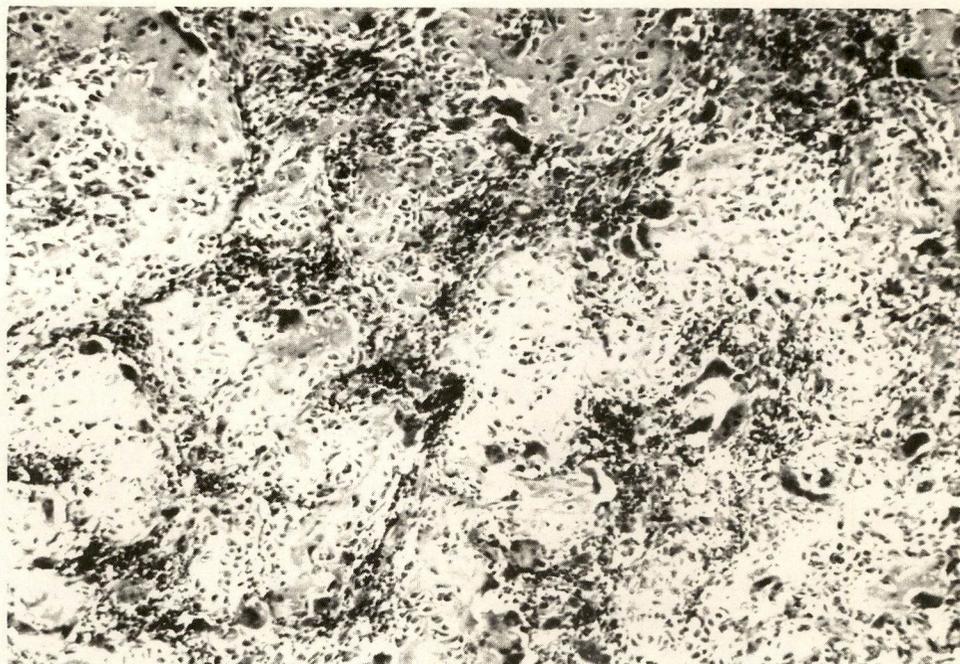


Fig. VI-3 - Microfotografia da peça cirúrgica. Médio aumento.

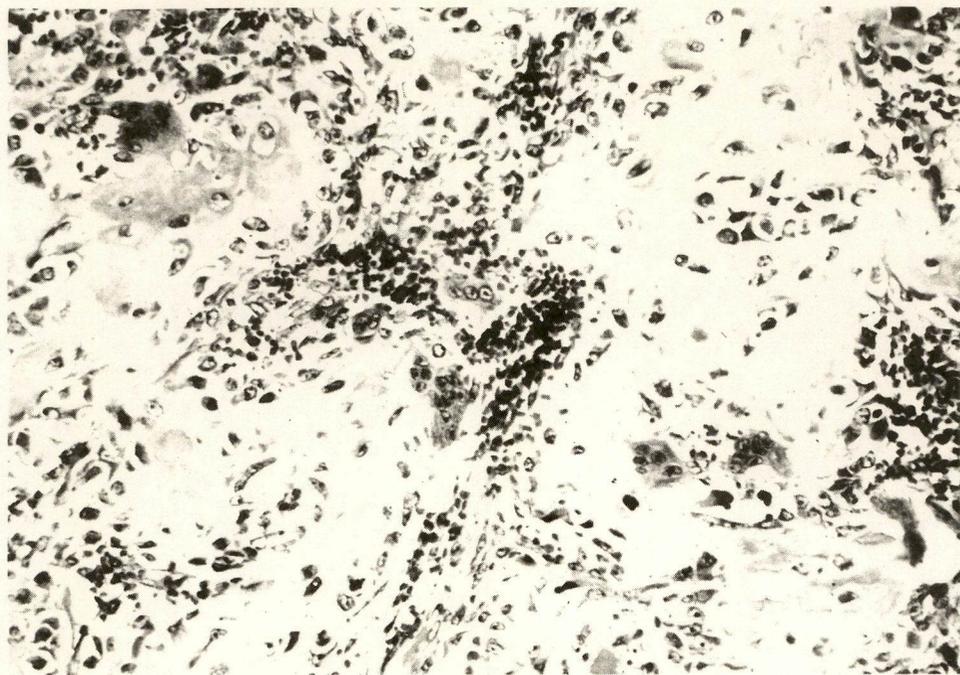


Fig. VI-4 - Microfotografia da peça cirúrgica. Grande aumento.