
CASO XIII

Condrossarcoma Secundário

Caso contribuído pelo Prof. José Rodrigues (*)

Paciente do sexo masculino, com 41 anos de idade atualmente. Em setembro de 1973 procurou pela primeira vez o hospital, queixando-se de dor na parte superior do braço, tendo sido realizado exame radiológico.

Dr. Brenner — Este caso mostra uma lesão radiotransparente que faz protrusão do osso e expande um pouco a cortical. É uma lesão lítica, com algumas áreas mais densas sugerindo calcificações. Existe alguma perda da nitidez de contorno. Eu pensaria em uma lesão benigna com o diagnóstico diferencial a ser feito entre um tumor cartilaginoso ou uma displasia fibrosa que, como nós sabemos, é a grande imitadora de todas as lesões tumorais. (Fig. XIII-1)

Prof. Schajowicz — Não pensaria, por exemplo, em um Condroma Justacortical?

Dr. Brenner — Sim, poderia ser.

Dr. Bitar — Não poderia ser uma lesão secundária sobre um Osteocondroma?

Prof. Schajowicz — Foi também o que pensei quando vi a radiografia pela primeira vez. Um Osteocondroma sêssil que já sofreu alguma alteração ou um Condroma Justacortical, o tipo subperiosteal que Lichtenstein e Bernstein descrevem. Na evolução, foi

ressecado e apareceu uma recidiva local enorme.

Prof. Rodrigues — A recidiva foi aproximadamente 2 anos após (Fig. XIII-2 e XIII-3).

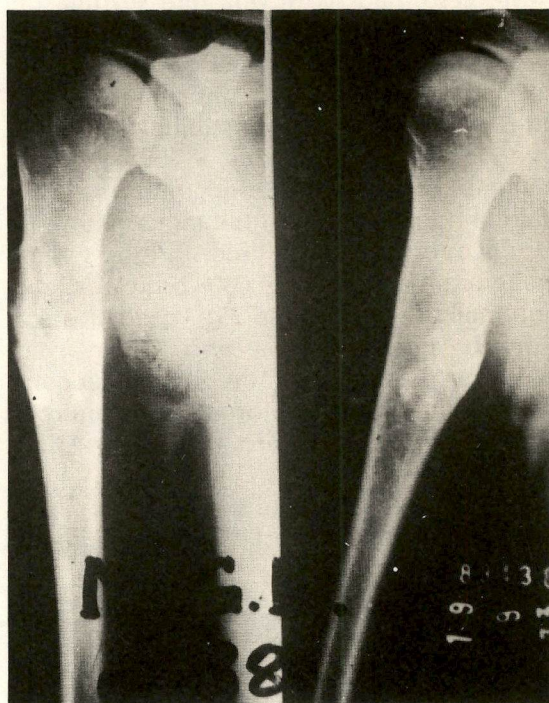


Fig. XIII-1 - Rx inicial.

(*) Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Santo Amaro e Hospital Getúlio Vargas. Recife — Pernambuco.

Dr. Brenner — O que se nota agora é uma proliferação óssea espiculada na cortical, invadindo as partes moles. Então, o diagnóstico deve ser de uma lesão maligna ou, possivelmente, uma malignização de uma lesão benigna. Desde o início eu tinha dúvidas quanto ao contorno da parte interna da lesão.

Prof. Schajowicz — Na histologia vemos uma zona do tipo condromixóide, com septos fibrosos, mas sem a presença de células gigantes neles. Não é o aspecto do Fibroma Condromixóide, porém trata-se, evidentemente, de uma lesão cartilaginosa maligna com predomínio de zonas mixóides como são vistas, às vezes, no Condrossarcoma. Neste caso, não há dúvida que se trata de um Condrossarcoma. Secundário, porém, a que lesão? Poderia ser a um Condroma Justacortical ou a um Osteocondroma solitário que malignizou. A possibilidade deste último é menor, porque é bem rara a malignização de um Osteocondroma solitário, a estatística sendo de apenas 0,5%. O Osteocondroma múltiplo, este sim, maligniza em cerca de 7 a 8% dos casos, e, o que maligniza em quase 25% dos casos é a Condromatose Múltipla tipo Ollier. Mas existe a possibilidade de um Osteocondroma solitário se transformar em Condrossarcoma, embora seja raro. (Fig. XIII-4, XIII-5 e XIII-6).

Este aspecto lítico da cortical, na primeira radiografia, sugere que tenha sido um Condroma Justacortical a lesão subjacente, ou que tenha sido, desde o início, um Condrossarcoma de baixa malignidade. Estes dois são, às vezes, muito difíceis de separar, devendo, nestes casos, ser feita uma ressecção ampla.

Prof. Rodrigues — Este caso é de um de meus colaboradores, não é um caso pessoal,

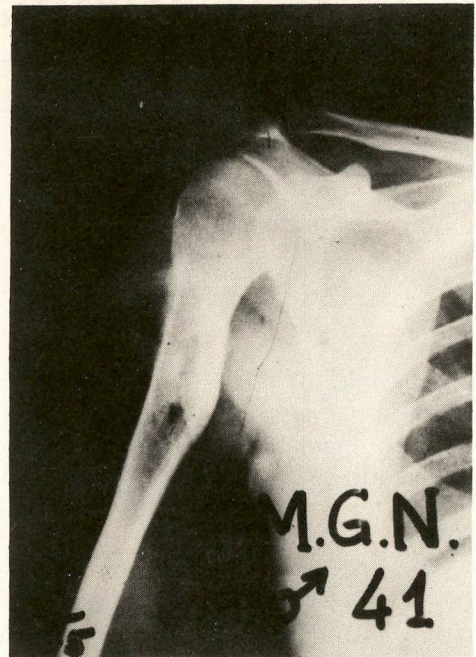


Fig. XIII-2 - Rx da recidiva.

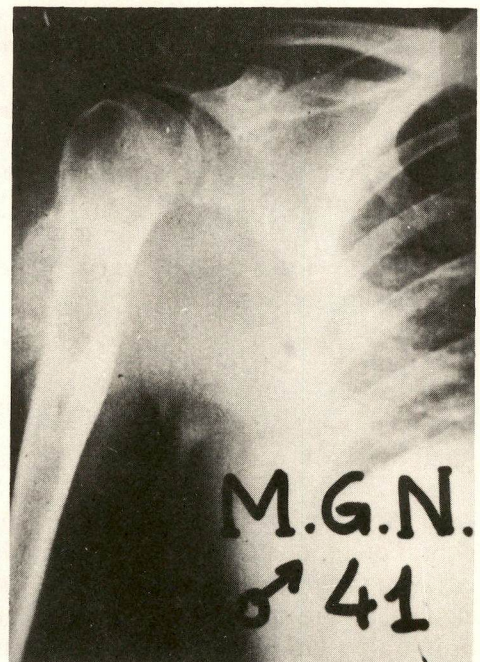


Fig. XIII-3 - Rx da recidiva.

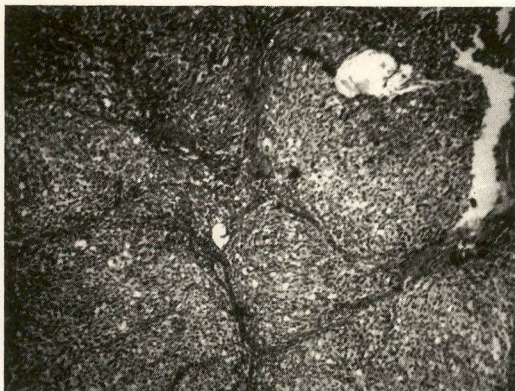


Fig. XIII-4 - Aspecto microscópico, com lobulações. Pequeno aumento.

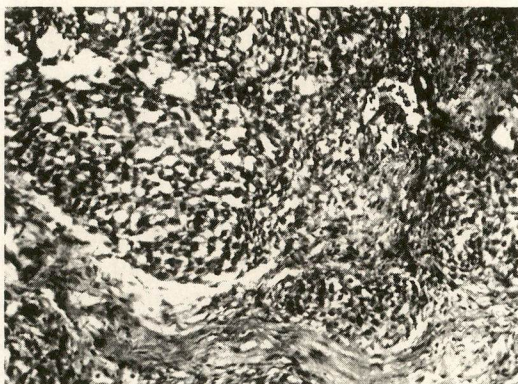


Fig. XIII-5 - Aspecto microscópico. Médio aumento.



Fig. XIII-6 - Aspecto microscópico. Grande aumento.

mas acompanhei-o desde o princípio e a minha impressão inicial era de Osteocondroma e concordei que se fizesse uma ressecção local e exame histopatológico. O diagnóstico histopatológico foi Fibroma Condromixóide. 2 anos após, o doente voltou com recidiva e, nessa oportunidade, eu achei, pelo exame radiográfico, que era Condrossarcoma e propus fazer biópsia simples e, depois, possivelmente uma amputação. Foi feita biópsia e o patologista ficou em dúvida, mas ainda achando que era benigno. Enviou-se material para outro colega em São Paulo, que opinou ser benigna a lesão. Diante disso e do fato de que o paciente não aceitava a desarticulação, pois tinha conhecimento do relatório dos patologistas, foi feita a ressecção. Vi a lesão macroscopicamente durante a cirurgia e era evidente que ela invadia partes moles mas, mesmo assim, foi feita a ressecção. Isto é bem recente.

Prof. Schajowicz — Mesmo que fosse benigna, uma lesão condróide com invasão tão evidente de partes moles recidiva certamente uma, duas e mais vezes e, no final, não vai se poder fazer mais nada, a não ser que se faça imediatamente uma desarticulação ampla. Não sei se seria possível chegar a uma interestescápulo-torácica, mas, pelo menos, a desarticulação do úmero. O Condrossarcoma tem o inconveniente de recidivar localmente, infiltrar-se cada vez mais, porém metastatiza muito raramente. A pior coisa, ou melhor, uma das piores coisas que pode ocorrer com o doente com Condrossarcoma são recidivas freqüentes e sua propagação até o tórax, pois aí não temos mais nenhum tratamento possível. Não é radiosensível e não reage à quimioterapia. Nós temos, entretanto, um protocolo que vamos testar para ver se o Condrossarcoma reage a algum tipo de quimioterápico. No momento, um Condrossarcoma ou mesmo um Condroma com invasão de partes moles deve ser

ressecado o mais amplamente possível. Neste caso, não cabe mais nada a não ser a desarticulação.

Prof. Rodrigues — Concordo inteiramente.

Prof. Lazzareschi — Eu faria a amputação ou a desarticulação, dependendo da extensão da lesão.

Dr. Consentino — Deve-se desarticular.

Prof. Schajowicz — Dra. Nany, que é patologista, você faria um diagnóstico de lesão benigna neste processo?

Dra. Nany — Creio que não. O senhor dá grande valor à presença de células gigantes no Fibroma Condromixóide, ou o senhor apoia-se, nos casos em que não existe quantidade grande de células gigantes, nos outros aspectos do Fibroma Condromixóide, como a lobulação? Qual o valor da presença de células gigantes?

Prof. Schajowicz — Dou-lhe muito valor, mas sua ausência não invalida o diagnóstico de Fibroma Condromixóide. Posso citar um caso em que, na primeira biópsia, se vêem septos e se vêem as zonas mixóides. Não havia células gigantes. Não aceitamos a existência de Mixoma em osso longo, mas somente no maxilar e, além disso, o limite periférico não era como o Mixoma do maxilar, que infiltra difusamente. Este tinha um limite lobulado, bem nítido, que falava em favor de Fibroma Condromixóide. Este caso recidivou e, na biópsia, tinha os septos agora cheios de células gigantes. Isto significa que existem Fibromas Condromixóides com septos, lobulados e sem células gigantes.

Prof. Rücker — Eu queria fazer um comentário de ordem genérica. Concordo plenamente com o que o Professor Schajowicz dis-

se, que o patologista deve sempre acompanhar o caso clínica e radiologicamente para estudar melhor o diagnóstico e a indicação terapêutica, mas existe uma outra orientação, filosófica talvez, em determinados casos. A clínica deve se sobrepor à patologia em determinadas circunstâncias. Se um tumor é visivelmente invasivo, destrutivo, como neste caso, então deve-se sobrepor a clínica e o aspecto macroscópico ao diagnóstico do patologista e deve ser feita, então, uma cirurgia radical.

Dr. Prates — Acho que, neste caso, a clínica prevaleceu sobre a patologia, e deveria prevalecer, porque o diagnóstico do patologista estava errado. Se este material tivesse sido submetido ao Prof. Schajowicz não haveria a necessidade desse comentário.

Dra. Nany — Nós, todos os patologistas, podemos errar, porque existem casos em que não chegamos a uma conclusão. Acho é que aí deveria haver uma correlação entre ortopedista e patologista, um tal grau de confiança, que permita ao patologista continuar estudando o caso, mandar para fora, consultar não só um, mas dois ou três colegas, porque esta correlação deve ser bem firme. Há casos que nós deixamos em suspense, sem dar o diagnóstico definitivo, até observação do doente.

Dr. Bitar — A Dra. Nany situou bem o caso. Acho que neste caso deveria ter havido uma investigação maior, na parte radiológica principalmente, antes da parte operatória, dada a grande divergência com a anatomia patológica. Eu não me conformaria com este diagnóstico, não me conformaria com o patologista, e é por isto que precisamos de um intercâmbio maior. Então, o comentário filosófico do Prof. Rücker tem sua razão de ser. Não se pode, em princípio, deixar a clínica de lado, puramente pegar o tumor, radiogra-

far e esperar. Eu teria prolongado a investigação.

Dr. Consentino — Para mim, desde o início, radiologicamente, este era um Osteocondroma que se malignizou. Uma lesão benigna, do tipo do Osteocondroma, que começa a doer nesta idade e cresce, depois da maturação do esqueleto, é altamente suspeita de malignidade. Este tumor deveria ter sido ressecado em bloco, com margens de garantia e, inclusive, com partes moles.

Prof. Rodrigues — Acho que é apenas uma questão de esclarecimento. Na primeira operação, o tumor era bem delimitado, não tinha nenhum aspecto que sugerisse uma ressecção mais ampla. Para tomar uma decisão desse tipo, uma ressecção mais ampla num segmento destes, implicaria em fazer uma artrodese, pelo menos como nós procedemos e, na época, macroscopicamente, achamos que não comportava. Depois o caso foi estudado e o patologista não se sentiu à vontade para dar uma decisão definitiva e, quando se mandou o material, não se mandou uma ou duas lâminas, mas os blocos de parafina e as radiografias para dois patologistas que nós achamos qualificados. O doente realmente sentia muita dor e eu, pessoalmente, achava que devia fazer a desarticulação. O problema é que o doente, que era de nível cultural alto, estava envolvido em todos os detalhes e ciente do diagnóstico histopatológico de benignidade, de modo que não era simples tomar uma decisão.

Prof. Schajowicz — Como bem disse o Dr. Bitar, quando há a menor discrepância entre clínica e anatomia patológica, por exemplo, quando mandam a um patologista uma biópsia de um tumor de uma criança de 5 anos de idade e vem o diagnóstico de Tumor de Células Gigantes, o ortopedista que sabe alguma coisa de patologia óssea deve checar

esse diagnóstico, mandando o material para uma pessoa com bastante experiência. Isto evita todo o problema filosófico. Pode também ocorrer de o patologista receber o material que não é a zona apropriada e indicativa da verdadeira lesão, equivocar-se em uma zona periférica, etc. Portanto, em vista de qualquer discrepância, deve-se partir para uma nova biópsia e, se não tiver toda a confiança no patologista, mandá-la a outro patologista. Isto acontece quase todos os dias. A patologia chegou a um ponto de desenvolvimento em que não há um patologista geral que saiba toda a patologia bem. Sabe tudo, porém, mais ou menos. Existem especializações em pele, sistema nervoso, osso, etc. É necessário, pois, especializar-se em um campo para se evoluir nessa especialidade.

Dr. Torloni (Moderador) — Os anatomo-patologistas não devem temer o diagnóstico deles ser mudado. É muito mais difícil, é necessário muito mais coragem para se dizer "Não sei" do que para dizer "É isto", muitas vezes dando diagnóstico errado. O que falta é compreensão e coordenação. Não vem, então, ao caso a vaidade pessoal, porque se trata de fazer ou não uma mutilação numa pessoa, numa criança e, quando se trata do interesse do doente, todo o resto, toda a vaidade e individualismo devem ser colocados de lado. Os senhores estão vendo neste caso, tipicamente, o dilema do médico que trata. O clínico, o cirurgião, o ortopedista, estão amarrados com um diagnóstico que não corresponde à clínica do caso. Este tipo de caso é dos que justificam uma reunião como esta. Precisa haver a abertura. Os senhores, portanto, aqui presentes, devem ter um efeito multiplicador: fazer com que os patologistas troquem material, promover a integração entre as diferentes especialidades. Temos, no Brasil, um bom número de patologistas mas, como disse o Prof. Schajowicz, na patologia óssea são muito poucos os que sabem

e, se o patologista dá um diagnóstico errado, quem paga é o doente, e paga de uma maneira que não há dinheiro que compense. Sugiro aqui que colegas de vários lugares, Rio, São Paulo, etc., se juntem para formar o que poderia ser um tipo de "board" para examinar este tipo de caso.

Prof. Schajowicz — Eu sempre lutei para que se formem registros em vários países e, agora que sou encarregado pela Sociedade Latino-Americana de Ortopedia, como Presidente do Comitê de Patologia Óssea, estou tratando de formar registros, e se estão formando no Uruguai, no Peru e no Equador.

Tenho, porém, uma experiência diferente, a da Espanha, onde existe o mesmo problema daqui. Existem lá vários centros: um em Madrid, um em Barcelona, um em Sevilha e outro em Pamplona. Agora, porém, por sugestão minha, as Sociedades de Anatomia Patológica, de Ortopedia e de Pediatria vão promover o intercâmbio de todos os casos entre os quatro centros. Assim todos verão todos os casos e todos ganharão muito mais experiência.

Acho que o mesmo também pode perfeitamente ser feito no Brasil.