
CASO XV

Displasia Fibrosa, Forma Ativa (Fibroma Ossificante)

Caso contribuído pelo Dr. Ricardo K. Kalil ()*

Paciente do sexo feminino, com 33 anos de idade, que apresenta dor há 3 meses no joelho esquerdo relacionada com a marcha. Ao exame físico, apresenta discreto aumento de volume na face ântero-lateral da extremidade proximal da tíbia, com aumento de temperatura local.

Dr. Brenner — A radiografia em oblíquo mostra uma lesão excêntrica, radiotransparente, bem delimitada superior e lateralmente e um pouco menos delimitada em relação à diáfise. Mostra várias imagens trabeculares de maior densidade, formando um aspecto de bolhas, existindo alguma reação do periosteio com um pouco de engrossamento da cortical. A lesão é epifisária mas compromete também a metáfise (Fig. XV-1). A incidência em ântero-posterior mostra também que a lesão está bem contida dentro do osso (Fig. XV-2).

Prof. Lazzareschi — O aspecto lembra o do Fibroma Condromixóide.

Dr. Célio Elias — Em um paciente com esta idade e com lesão nesse local, não se poderia afastar a possibilidade de Tumor de Células Gigantes.

Prof. Schajowicz — Não creio, devido a essas zonas de ossificação e esse limite conden-

sado. É mais fácil pensar, como disse o Prof. Lazzareschi, em Fibroma Condromixóide, embora não seja tão metafisário. O Tumor de Células Gigantes não tratado não apresenta essa estrutura trabecular. Este é um tumor que tem formação óssea dentro de si, seja reacional, seja própria da lesão. Pode-se dizer que é uma lesão benigna, nada mais.



Fig. XV-1 - Rx inicial, ântero-posterior.



Fig. XV-2 - Rx inicial, oblíqua.

Dr. Consentino — Outro diagnóstico diferencial a considerar seria o de Cisto Ósseo Aneurismático, que dá reação periosteal. Em segundo lugar, Fibroma Condromixóide. O

(*) Chete da Unidade de Patologia. Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hosp. das Doenças do Ap. Locomotor. Brasília — DF.

Tumor de Células Gigantes não costuma dar essa esclerose e o limite da parte sã do osso com a parte doente seria mais impreciso.

Prof. Schajowicz — Na radiografia, o limite inferior é muito preciso. Não é transparente como um Tumor de Células Gigantes, não é lítico puro. Evidentemente, deve ter dentro um tecido sólido, não cístico, que tem quase a mesma estrutura óssea.

Dr. Brenner — Essa expansão do osso, esse afilamento da cortical na incidência oblíqua e o fato de ser excêntrico, além de epífiso-metáfisário, fez com que eu pensasse em Tumor de Células Gigantes e Fibroma Condromixóide. Realmente, a limitação da lesão e a esclerose falam contra o Tumor de Células Gigantes, entretanto, estas imagens densas que aparecem no centro do osso eu não interpretei como calcificações, mas sim como restos de traves ósseas dentro do tumor.

Dr. Prates — Um comentário sobre essa descrição radiológica, que se vê frequentemente, de trabeculação. Quando se examina a peça macroscopicamente, não há realmente trabeculação, mas sim neoformação óssea endosteal formando cristas que, quando projetadas num só plano, dão a impressão de que a lesão é trabecular. Então, o tecido que se encontra dentro do osso pode ser um tecido compacto não-ossificante. Acho que um diagnóstico que se deveria considerar é Fibroma Não-Ossificante.

Prof. Schajowicz — Isso foi o que eu também pensei, quando vi a radiografia: Fibroma Não-Ossificante ou o chamado Fibroxantoma de osso. Mas, quando vi a lâmina, deparei-me com uma surpresa. Já na peça se via um aspecto hemorrágico, muito semelhante ao do Fibroma Não-Ossificante ou Fibroxantoma, e zonas com aspecto fibroso

puro. Esse diagnóstico também corresponde ao aspecto radiológico.

Dr. Kalil — Foi realizada uma biópsia prévia, que, pelo menos em parte, é responsável pelo aspecto hemorrágico da peça.

Prof. Schajowicz — O preparado histológico mostra que dentro do tecido conjuntivo existente há neoformação óssea, isto é, não se trata de um Fibroma Não-Ossificante, mas parece um Fibroma Ossificante, isto é, uma lesão do tipo de Displasia Fibrosa. Em maior aumento, vê-se a típica estrutura verticilar com neoformação óssea metaplásica e osteoblastos atróficos. É um aspecto típico de Displasia Fibrosa (Fig. XV-3). Existem, porém, zonas muito mais ativas, de reabsorção óssea e de muita atividade osteoblástica.

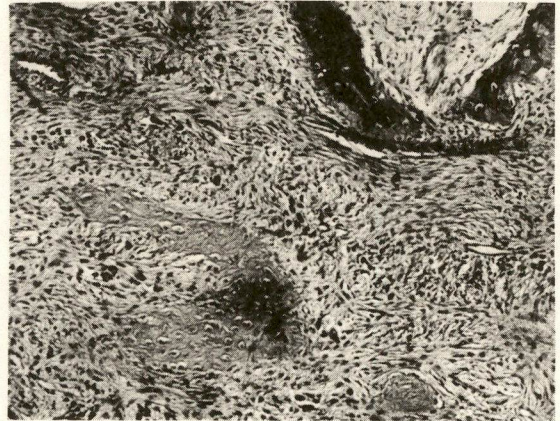


Fig. XV-3 - Aspecto microscópico. Zona típica de displasia fibrosa.

Vêem-se osteoblastos hipertróficos, muitos osteoclastos, que não são vistos comumente na Displasia Fibrosa (Fig. XV-4 e XV-5). Foi dosada a fosfatase alcalina?

Dr. Kalil — Não, não foi.

Prof. Schajowicz — É de se supor que não esteja muito alterada. Pensei, primeiramente

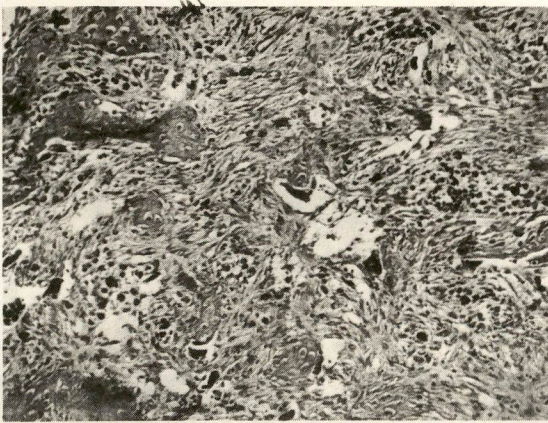


Fig. XV-4 - Aspecto microscópico. Zona ativa.

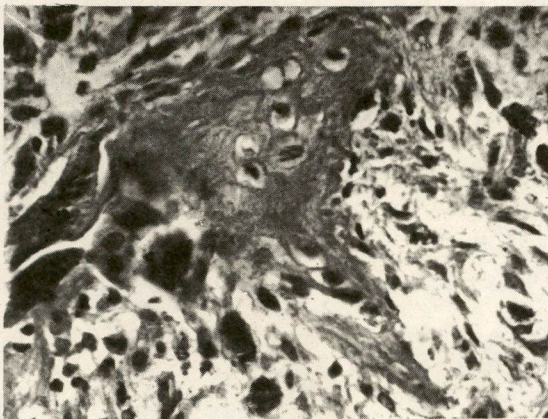


Fig. XV-5 - Aspecto microscópico. Zona ativa. Grande aumento.

logo ao ver as lâminas do caso, que fosse uma típica Displasia Fibrosa, mas há zonas muito ativas, com osteoblastos muito ativos, o que não é comum, porém, trata-se de uma lesão benigna evidentemente. Alguns americanos, como Kempes, o separaram como Fibroma Ossificante, encontrando-o principalmente na tíbia, e descrevendo-o como mais agressivo do que a Displasia Fibrosa comum. Eu não aceito essa entidade. Para mim, é uma forma de Displasia Fibrosa com maior atividade. Neste caso o tratamento

deve ser um pouco mais agressivo. Deve ser feita uma excisão ampla da lesão. Vi dois ou três casos como este, muito ativos, porém, não tão ativos como neste caso.

Dr. Prates — Tenho lido sobre o Fibroma Ossificante, mas não me convenceu de forma nenhuma. Um anel de osteoblastos em volta o diferenciaria da Displasia Fibrosa.

Dr. Lenzi — O professor dá valor à reticulina para diferenciar a Displasia do Fibroma Ossificante?

Prof. Schajowicz — Não. A única diferença é que, no chamado Fibroma Ossificante, existe uma grande atividade osteoblástica, com osteoblastos muito ativos, do tipo poliédrico ou cúbico, contrariamente à Displasia Fibrosa comum. A estrutura verticilar é muito semelhante à que se vê na Displasia comum e ambos têm muita reticulina. Já fiz coloração para reticulina em todos os casos, mas não há diferença.

Dr. Célio Elias — Se fosse um Fibroma Não-Ossificante seria uma lesão antiga e deveria, então, estar mais para a diáfise e não ocupar uma localização epifisária, como este.

Prof. Schajowicz — Sim, porém não se apresenta em nenhum momento o diagnóstico de Fibroma Não-Ossificante, que não apresenta ossificação metaplásica. Aqui, essa ossificação, que não é evidentemente reacional, faz parte do processo. Pode-se classificá-la dentro da Displasia Fibrosa, como eu acredito, ou separá-la, como outros querem. Mas, se fosse um Fibroma Não-Ossificante, você teria razão, isto é, com a idade ele teria "migrado" para a diáfise e não estaria tão acima.

Dr. Nany — O "Fibroma Ossificante" preocupa demais a gente. Li todos os trabalhos já publicados e me deram a impressão de que

não existe tanta atividade osteoclástica no Fibroma Ossificante que foi descrito. Neste caso ela salta aos olhos. Não lhe parece diferente?

Prof. Schajowicz — Tenho visto, às vezes, a Displasia Fibrosa apresentar bastante atividade osteoblástica e osteoclástica.

Dr^t Nany — Quando nós vemos essa atividade osteoclástica na Displasia Fibrosa, é sempre em relação a áreas de hemorragia. Neste caso, é nitidamente em relação às trabéculas ósseas, uma atividade osteoclástica intensa que não pode ser desprezada.

Prof. Schajowicz — E como se explicaria isto?

Dr^t Nany — Eu faria uma dosagem de fosfatase alcalina e investigaria o doente em relação a outras coisas, não só no sentido de neoplasias.

Dr. Kalil — O exame radiográfico do restante do esqueleto foi normal.

Prof. Schajowicz — Acredito que isto é, tipicamente, uma Displasia Fibrosa. E eu já vi, em vários casos, atividade osteoblástica e osteoclástica intensas como aqui. Interpretei isto como fase ativa e em remodelação de Displasia Fibrosa.

Dr. Kalil — Quanto ao tratamento, foi realizada a ressecção total da lesão, com colo-

cação de enxerto. Procurou-se preservar a articulação. Esta é uma radiografia um ano e meio após o enxerto. (Fig. XV-6).

Prof. Schajowicz — Isto exclui totalmente o Hiperparatireoidismo, pois já teria sido reabsorvido.

Foi feito o que se deve fazer nestes casos, isto é, uma ampla ressecção total da lesão.

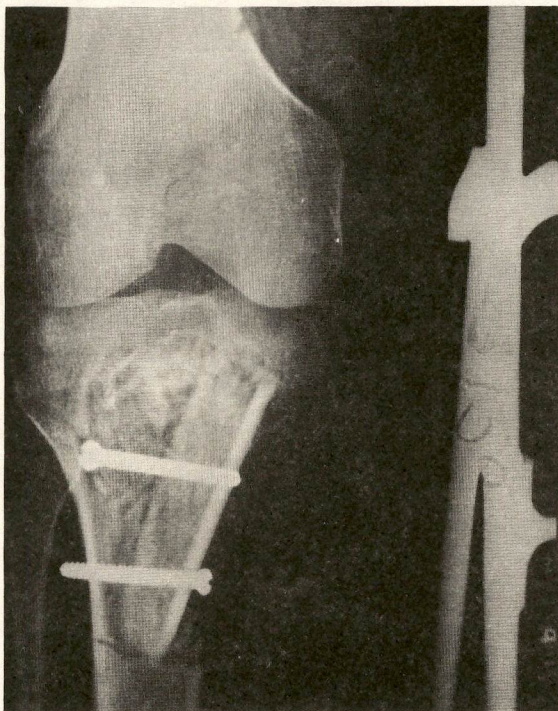


Fig. XV-6 - Rx pós-operatório tardio.