
CASO XVIII

Mastocitose Óssea

Caso contribuído pela Dr^a Nany Renzo B. de Oliveira ()*

Paciente de 36 anos de idade, casada, preta, que há 1 ano, após aborto espontâneo de 5 meses, passou a sentir cefaléia que se exacerbava por ocasião da menstruação. Durante o

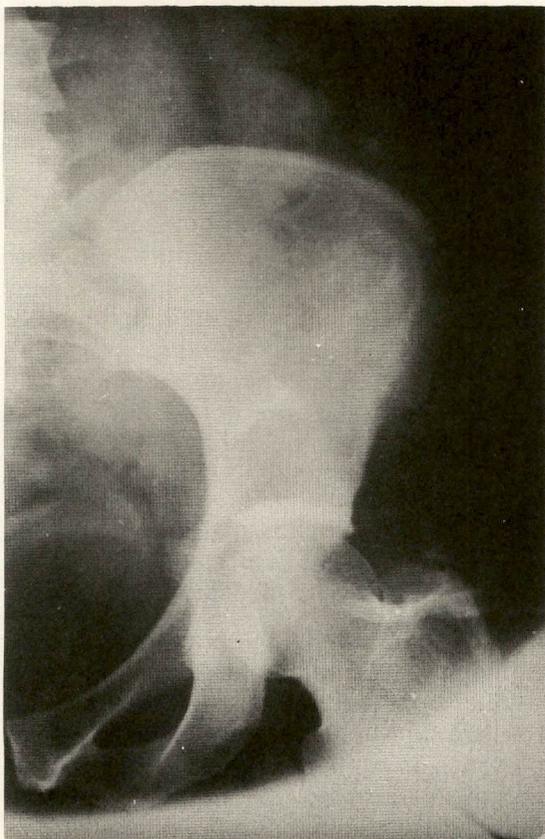


Fig. XVIII-1 - Rx das lesões de bacia.

aborto teve várias hemorragias, tendo tomado 3 litros de sangue. Apresenta também dor na coxa esquerda há um ano. Tratou-se com vários médicos sem obter melhora. Engordou 10 kg durante esse último ano.

Dr. Brenner — Na radiografia da bacia vemos uma área de lise relativamente bem delimitada pela parte externa e um pouco menos pela parte interna (Fig. XVIII-1). O crânio mostra zonas bastante densas e difusas, sobretudo na calota, com áreas mais transparentes (Figs. XVIII-2 e XVIII-3).

Dr^a Nany — Diante desse aspecto radiológico nós não sabíamos em que pensar e, por ser ela preta, foi pedida prova de falcização que foi negativa. Foi feita uma biópsia um ano após a consulta inicial, mostrando tecido fibro-xantomatoso e processo inflamatório crônico. Existiam também algumas células que nos chamaram a atenção, mas nós as interpretamos como parte do processo inflamatório, pois a gente vê mastócitos em muitas outras lesões, como até em calo de fratura. A paciente, entretanto, continuou com a sintomatologia, com cefaléia intensa que se acentuava com o frio e crises de diarreia. Não foram encontradas alterações neurológicas. Foi feita nova biópsia, de

(*) Dept^o de Ortop. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP (Prof. Flávio Pires de Camargo).

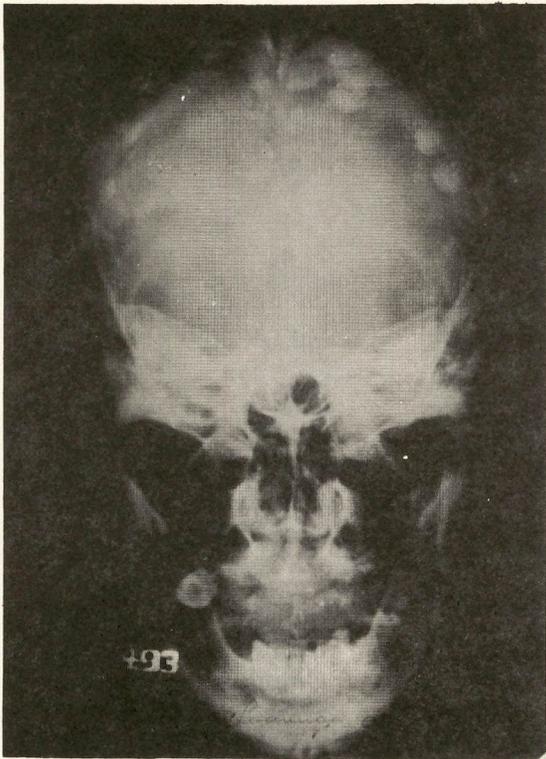


Fig. XVIII-2 - Rx das lesões de crânio (AP).

ilíaco, chamando mais a atenção a presença dessas células que nos pareciam de natureza mastocitária. Solicitei dosagens de histamina e serotonina que foram negativas. Isto pode ser devido a que as lesões não eram extensas, porém mais localizadas. Solicitei, então, a ajuda do Prof. Ivan Motta, que é muito interessado em mastócitos. Como o material já estava descalcificado, ele modificou o pH de algumas lâminas não coradas, corou-as a seguir e chegou à conclusão de que realmente se tratavam de mastócitos. Enviei as lâminas a um conhecido especialista em Mastocitose, nos Estados Unidos, que confirmou o diagnóstico de Mastocitose.

A lâmina mostrava uma fibrose medular com células redondas de tipo inflamatório e com essas células com granulações vermelhas,

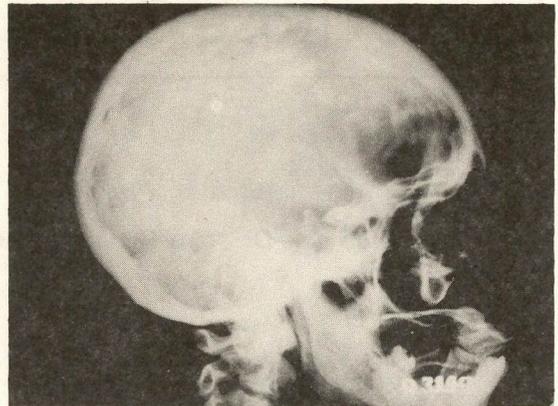


Fig. XVIII-3 - Rx das lesões de crânio (perfil).

metacromáticas ao azul de toluidina, no citoplasma (Fig. XVIII-4).

A paciente foi tratada com anti-histamínicos, cessando completamente a cefaléia. Quando diminuía a dose de anti-histamínico, a cefaléia retornava.

Dr. Lenzi — Nós temos experiência com Mastocitose de pele, em que é muito mais intenso o infiltrado mastocitário, e por isso eu confesso uma surpresa no caso. Fazendo azul de toluidina com freqüência como nós fazemos, em pele e apêndice cecal por exemplo, nós temos encontrado muito mais mastócitos do que apresenta este caso, sem que se trate de Mastocitose.

Dr. Andrade Filho — Porém o achado aumentado de mastócitos, mais os outros achados, como fibrose, processo inflamatório, etc., levam ao diagnóstico de Mastocitose.

Prof. Schajowicz — Não será o mesmo que acontece com o Mieloma, que, na presença de 5 a 7% de plasmócitos maduros, alguns já rotulam de Mieloma? Temos que insistir na presença de elementos imaturos, isto é, mastócitos imaturos ao lado de mastócitos maduros, plasmoblastos ao lado de plasmócitos maduros.



Fig. XVIII-4 - Aspecto microscópico das granulações metacromáticas. (azul de toluidina.)

Dr. Prates — Acontece também que na medula óssea não é tão freqüente o encontro de mastócitos. Eles são raros na medula óssea, principalmente margeando as trabéculas ósseas. Mas é claro que não é a presença de uma ou duas células que vai fazer o diagnóstico. Temos a correlação radiológica, clínica, a resposta terapêutica e o teste definitivo é a dosagem de histamina na urina, que pode ser negativa porque a sintomatologia é variada, isto é, varia com a maior ou menor liberação de histamina pelos mastócitos. Na fase de recesso as dosagens podem ser normais. Um trabalho sueco mostra que as dosagens diárias de histamina mostravam até uma semana com dosagens normais e, de repente, estava 20 vezes acima do normal.

Dr. Nany — E neste caso é nítido que os mastócitos são em aglomerados.

Dr. Prates — Respondendo a uma observação que foi feita anteriormente, devo dizer que a Mastocitose cutânea, a Urticária Pigmentosa, apresenta uma quantidade de mastócitos muito maior do que a Mastocitose óssea e existem trabalhos publicados, principalmente na literatura francesa, relatando várias formas clínicas de Mastocitose. Um autor finlandês, por exemplo, apresenta mais de 600 casos em trabalho publicado na Presse Médicale. De forma que ela não é tão rara, com exceção da forma óssea pura, que pode ainda ser em forma de lesão única ou lesões múltiplas.