
CASO XXI

Miosite Ossificante

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

Paciente do sexo masculino, com 38 anos de idade, pedreiro. Há 8 anos apresenta "dormência" esporádica na perna esquerda que melhora com massagens. Há aproximadamente 6 meses, as crises de câibras são mais frequentes e passou a notar atrofia muscular

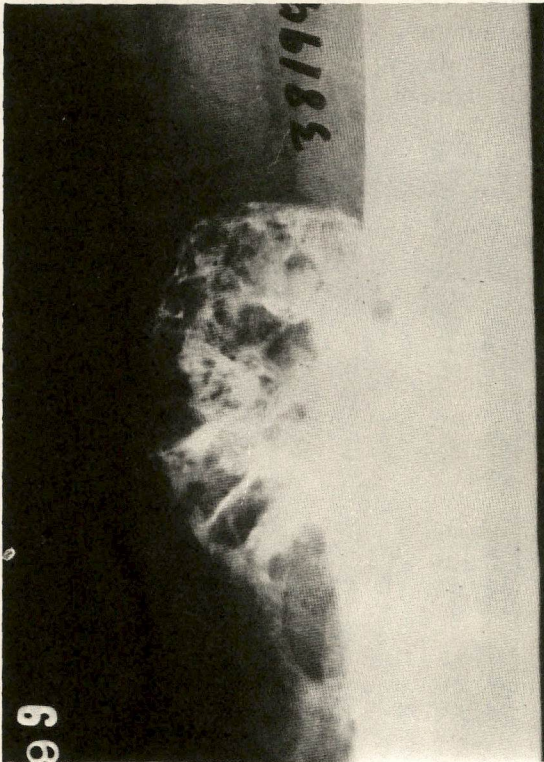


Fig. XXI-1 - Rx inicial.

no membro inferior esquerdo. A dor melhora com analgésicos e relata perda de peso de 11 kg em 3 meses. Ao exame físico, apresenta discreta hipotrofia da coxa esquerda, dor à palpação do terço médio da coxa, reflexos patelar e aquileu esquerdos bastante diminuídos. Fosfatase alcalina: 11,7 U.K.A.; cálcio: 8,5 mg%; fósforo: 3 mg% (séricos); neutrofilia; V.H.S.: 40mm na 1ª hora.

Dr. Brenner — Radiologicamente, a lesão é ligada à cortical, é bem delimitada, apresentando septação grosseira com áreas de menor densidade de permeio, com um certo arranjo trabecular. A lesão se estende distalmente, é posterior e apresenta delimitação nítida. Para baixo da lesão, existe alargamento da cortical com uma proliferação que nos parece de osso trabeculado, mas de certa irregularidade, e a cortical está espessada. (Fig. XXI-1). A radiografia de tórax apresenta pequenos nódulos com densidade cálcica bilateralmente, mais acentuada do lado direito. (Fig. XXI-2).

Nós ficamos realmente em sérias dúvidas, porque, do ponto de vista radiológico, a lesão isolada do fêmur nos parece uma lesão benigna, mas a associação destas lesões calci-

(*) Chefe da Unidade de Patologia. Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hosp. das Doenças do Ap. Locomotor. Brasília — DF. Material enviado pelo Dr. Nilo Dourado.

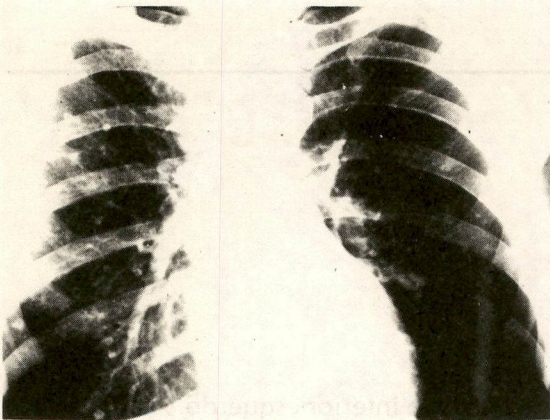


Fig. XXI-2 - Rx de tórax. Pequenas lesões modulares calcificadas nos pulmões.

ficadas nodulares do pulmão, a perda de peso, a velocidade de hemossedimentação aumentada, levam-nos a fazer um diagnóstico que enquadre os dois tipos de lesão. Temos, então, a possibilidade de uma lesão benigna, como um Condroma Justacortical, que tivesse se malignizado e estivesse dando metástases calcificadas. Mas esse diagnóstico não nos convence muito face à massa da coxa ser muito bem delimitada. Outra possibilidade é que se trate de uma lesão benigna isolada e aqui incluímos uma lesão cartilaginosa e uma Miosite Ossificante.

Dr. João Luiz Fernandes — Eu acrescentaria, aos diagnósticos do Dr. Brenner, um Cisto Aneurismático subperiosteal.

Dr. Consentino — Não me parece bem o aspecto, mas deve-se lembrar sempre dessas lesões que ocorrem na terceira ou quarta década da vida, um Osteossarcoma Justacortical, apesar de ser bem delimitado, porque às vezes o Justacortical é até mais bem delimitado.

Prof. Schajowicz — O diagnóstico, do ponto de vista radiológico, ficaria entre um tumor justacortical e uma chamada "Miosite Ossificante", que Jaffe chama de Tumor Pseu-

dossarcomatoso de Partes Moles que, para mim, é a mesma coisa. É mal chamada Miosite Ossificante porque não é uma miosite. Sou contra o Osteossarcoma Justacortical porque ele é muito mais denso, mais escleroso, nunca com tantas auréolas de tipo lítico como neste caso. O Condrossarcoma Justacortical não seria tão má idéia, pois é diafisário, mas não tem calcificações como nos tumores cartilagosos. Além disso, não é a localização preferencial de Osteossarcoma Justacortical. Eu tenderia, então, para a Miosite Ossificante.

Na radiografia do corte de 0,5 cm da peça, vê-se pouca calcificação, muito menos do que na radiografia do paciente. A cortical me parece ilesa e há discreta reação periosteal (Fig. XXI-3). A fotografia da peça apresenta zonas muito hemorrágicas, zonas aparentemente condróides e a cortical está respeitada (Fig. XXI-4). O aspecto macroscópico não é de Condrossarcoma Justacortical.

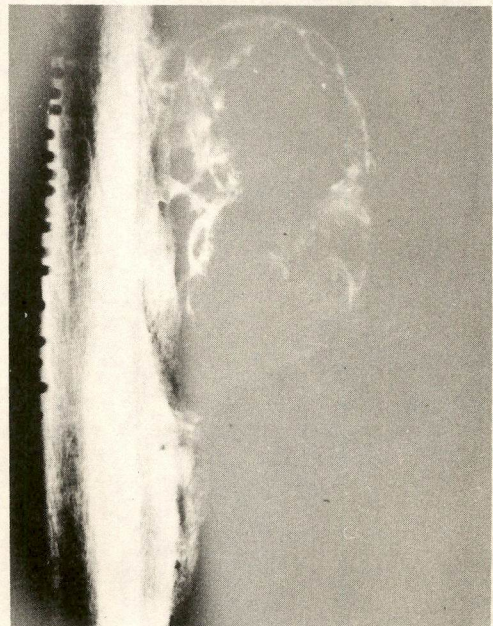


Fig. XXI-3 - Rx de corte da peça cirúrgica.

que é muito cartilaginoso e tem zonas de calcificação.

Evidentemente, é preciso ver a histologia para se fazer o diagnóstico. Esta mostra revestimento perióstico periférico e a parte periférica da lesão constituída por osso maduro, separado de uma medula fibrosa, de maneira que existe uma maturação em direção à periferia da lesão (Fig. XXI-5). Contrariamente ao que existe no Osteossarcoma ou em qualquer tumor maligno, em que a parte periférica é sempre a mais agressiva, mais maligna, na Miosite Ossificante é a parte central que parece muito suspeita de malignidade. É, em geral, muito vascular, muito celular e na parte periférica se produz a maturação. O presente caso mostra que a parte central é do tipo fibroso, não é típica, tem muitos vasos e, às vezes, vêem-se células gigantes e hemorragia (Fig. XXI-6).

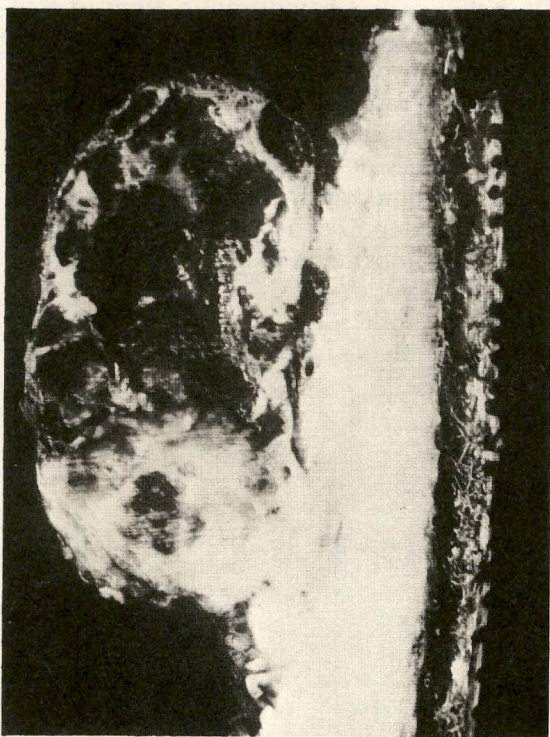


Fig. XXI-4 - Peça cirúrgica, corte.

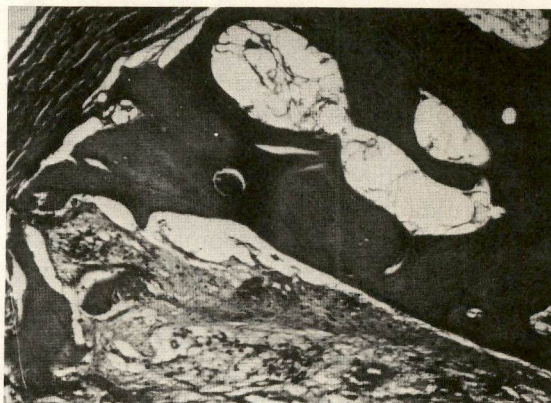


Fig. XXI-5 - Aspecto microscópico. Periferia da lesão.

Em conclusão, o aspecto histológico não é muito característico da Miosite Ossificante. Eu esperava ver alguma coisa mais, como uma zona central celular, hemorrágica, com células gigantes e uma neoformação óssea periférica, mas aqui não vejo nenhuma sugestão histológica de malignidade. Eu deixaria este caso como a chamada Miosite Ossificante e esperaria a evolução. As lesões pulmonares, evidentemente, não têm nada que ver com o caso. São provavelmente um processo granulomatoso calcificado, de maneira que eu espero que a lesão da coxa evolua perfeitamente bem.

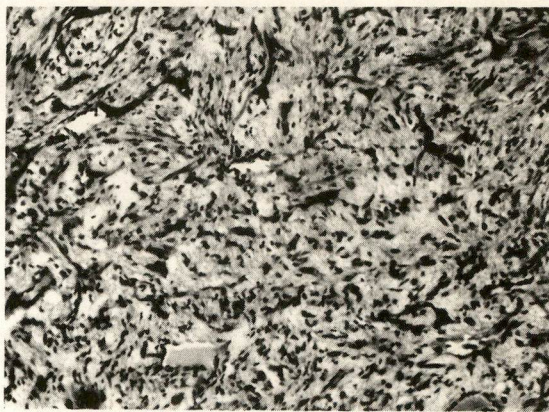


Fig. XXI-6 - Aspecto microscópico. Centro da lesão.

Dr. Lenzi — Eu vi as lâminas deste caso e elas mostram pequena área com pequenas alterações císticas que não foi fotografada, mas o global da lesão realmente não sugere o Cisto Aneurismático. Na verdade, também não pensei em Miosite Ossificante pela grande quantidade de vasos e fibrose, parecendo mais ser um tipo "parosteoma", uma lesão traumática, um processo hemorrágico que sofresse organização, inclusive com hemorragia subperiosteal.

Dra. Nany — É incomum esta histologia, mas se enquadra muito bem no que o Dr. Lenzi falou, no hematoma subperiosteal com ossificação, que eu acho que é uma idéia excelente.

Prof. Schajowicz — Não sei se vale a pena separar Miosite Ossificante de hematoma pós-traumático, pois para mim não existe diferença. Já vi muitos casos de ossificação justacortical pós-traumática secundária a hematoma subperiosteal, de modo que podem chamar de "hematoma subperiosteal" ou "miosite ossificante", como queiram. Ackerman chamou a atenção de que se trata de uma metaplasia osteocartilaginosa justacortical, extra-óssea. Alguns têm uma etiolo-

gia traumática nítida, com hematoma em organização, enquanto que outros não a têm.

Dr. Nany — Talvez seja apenas questão de nomenclatura, mas eu não gostaria de chamar este caso de Miosite Ossificante.

Dr. Brenner — Apenas um comentário a respeito das lesões do tórax. Nova radiografia depois de 60 dias não mostrou alteração das lesões, favorecendo o diagnóstico de uma lesão crônica separada da lesão óssea.

Dr. Lenzi — Talvez caiba aí o diagnóstico de Histoplasmose Pulmonar, muito comum.

Dr. Torloni (Moderador) — O caso foi suficientemente estudado do ponto de vista histológico?

Dr. Kalil — Foi. Chamou-nos a atenção esse aspecto de "zoneamento", com a parte mais madura por fora, mas estranhamos a fibrose e a grande vascularização do interior da lesão. No entanto, apresentava outras características de Miosite Ossificante, como áreas de hemorragia, processo inflamatório e, no final, depois de muito rever e discutir o caso, chegamos a esse diagnóstico.